# Declarație de sănătate profilaxie oseltamivir/vaccinare antigripală

Nume: …………..……  
Inițiale: …………..……  
Data nașterii: ……………………  
m/f: …………..……  
BSN (cod numeric personal olandez): …………..……  
Adresa: …………..……

Postul: …………..……  
Sarcină/activități: …………..……  
Când ați lucrat ultima dată la fermă? …………..……



Ați făcut vaccinul antigripal în acest sezon? □ nu □ da Vaccinul + data: …………..……  
Ați avut vreodată efecte secundare de la o vaccinare? □ nu □ da



Sunteți alergic la ceva? □ nu □ da □ ovalbumină □ medicamente: …………..   
Aveți o boală cronică? □ nu □ da, care:   
Suferiți de insuficiență renală/boală de rinichi? □ nu □ da □ altele:………………………………  
Sunteți sub tratamentul sau supravegherea unui medic? □ nu □ da, motivul:…………………………   
Medic:…………………………………………………

Luați vreun medicament? □ nu □ da, care?............................. (inclusiv medicamente eliberate fără prescripție medicală)  
Ați mai luat oseltamivir înainte? □ nu □ da  
Data:………………………………..  
Mai dețineți comprimate de oseltamivir? □ nu □ da, câte?

*Dacă este cazul*

Sunteți însărcinată? □ nu □ da Durata:………………………………... □ nu știu   
Intenționați să rămâneți însărcinată în curând? □ nu □ da Ultima menstruație:…………..  
Alăptați? □ nu □ da

Aveți alte observații sau detalii? □ nu □ da…………..……

*Subsemnatul(subsemnata) declar pe proprie răspundere că am completat în mod corect prezentul formular.*

Data: ……………………. Semnătură﻿:

Semnătura angajatului GGD:................