# 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:................