



COVID-19 AŞI YAN ETKİ SORGULAMA FORMU



Adınız Soyadınız:

TC:

Cinsiyet/ Yaş:

Mesleğiniz/Göreviniz:

Çalışılan yer/birim/bölüm ve telefon numarası:

İlk Covid aşısını yaptırdığınız merkezin adı :

Aşı sonrasında herhangi bir yan etki oluştu mu?

Hayır ☐

Evet ☐ (lütfen aşağıdaki tabloyu yanıtlayın)

Yan Etki	ŞİDDETİ (1-5) 1 =çok az 5 = çok şiddetli	Başlama zamanı ve süresi (gün)	Hastaneye Başvuru/Yatış (Varsa tarihi)	Müdahale Hastaneye yatış/ ilaç kullanımı vb belirtiniz
AKUT ALLERJİK / ANAFLAKSİ				
Döküntü				
Dilde şişme				
LOKAL BULGULAR				
Aşı yapılan kolda; ağrı, şişlik kızarıklık, uyuşma				
SİSTEMİK SEMPTOMLAR				
Ateş (VARSA DERECEİ)				
Halsizlik/Yorgunluk				
Baş ağrısı				
Kas ağrısı				
Eklem ağrısı				
Uyku hali				
Bulantı				
Kusma				
İshal				
Baş dönmesi				
NÖROLOJİK BULGULAR				
Tat kaybı				
Koku kaybı				
Vücutta uyuşma				
Nöropati				
Yüz felci				
Aşılama sonrası 14 gün içinde COVID-19 tanısı aldınız mı?	EVET	HAYIR		
PCR sonucu (Pozitif/negatif) ve tarihi				
DİĞER				