

TARİH SAYI:

BARKOD (AD SOYAD/ YAŞ /CİNSİYET /T.C. KİMLİK NO.):

	Evet	Hayır	Açıklama
Gebe misiniz?			Yeterli veri yok, aşı kararı kişinin isteğine bağlı, ilk 3 ay önerilmez
Emziriyor musunuz?			Yeterli veri yok, aşı kararı kişinin isteğine bağlı
COVID19 geçirdiniz mi?			Belirtili geçirilen enfeksiyonda bağışıklık gelişmiştir, aşı 3- 6 ay ertelenebilir, Sağlık Bakanlığı önerisi ile kişinin isteğine bağlı olarak yapılabilir Son 90 gün içinde plazma tedavisi alanlara yapılmaz
Son 10 gün içinde COVID19 tanısı alan biriyle temasınız oldu mu?			Covid aşısı yapılmaz
Son 15 gün içinde aşağıdaki aşılarından birini oldunuz mu? Mevsimsel influenza Pnömonokok Meningokok Hepatit A Hepatit B Hemofilus influenza tipB Asellüler Boğmaca			Yan etki takibi için iki aşı arasında 15 gün olması önerilir
Kuduz Tetanos			Aşı yapılabilir
Son bir ay içinde aşağıdaki aşılarından birini oldunuz mu? Kızamık- Kızamıkçık- Kabakulak (KKK) Suçiçeği/Zona BCG Oral polio			Canlı aşılar arasında bir ay süre bırakılmalıdır
Alerjiniz var mı? Döküntü Ürtiker (Kurdeşen) Anafilaksi (Dilde boğazda şişme-nefes darlığı)			Anafilaksi öyküsü varlığında aşı yapılmaz
Kronik hastalığınız var mı? 1- Kronik Kalp Hastalığı 2- Kronik karaciğer hastalığı 3- HIV/AIDS 4- Kronik Akciğer Hastalığı (Astım, KOAH) 5- Pıhtılaşma Bozukluğu 6- Kronik Böbrek Hastalığı (Diyaliz, nefrotik Sendrom) 7- Hipertansiyon 8- Diyabetes mellitus 9- Hemoglobinopati- Sık Kan nakli yapılan hastalıklar 10- Nörolojik hastalıklar (epilepsi, MS, Guillan Barre, Transvers Myelit..) 11- Kohlear İmplant 12- Splenektomi ve Aspleni 13- İmmün Yetmezlik 14- Kanserler 15- Multiple Myelom 16- Alkolizm 17- Metabolik Hastalıklar 18- Kronik İnflamatuvar hastalıklar 19- Sağlıklı Birey			İmmüsuprese tedavi ya da kronik hastalığın alevli döneminde, aşı ile alevlenebilecek nörolojik hastalık varlığında kişinin doktorunun onayı ile aşı kararı verilir
Ateşiniz (>38 C) var mı?			Aşı ertelenir

Uygulanan Aşı:

Uygulama Dozu: 1.Doz 2.Doz 3. Doz 4.Doz 5.Doz 6. Rapel Doz 7. 9-11 ay dozu 8. Kampanya/Salgın

9.Özel durum aşısı

Uygulama Bölgesi: 1. Ağız 2.Sağ Deltoid 3. Sağ uyluk 4. Sol Deltoid 5.Sol Uyluk 6. Diğer

Uygulama Şekli: İntramüsküler (IM) İntradermal (ID) Oral Subkütan (SC) Diğer

Sağlandığı Kaynak: Reçete edilen Ücretsiz verilen

Uygulayan Kişi:

Özel Durum Nedeni:

Sağlık Çalışanı mı?:

Aşı Uygulama Tarihi:

Bu belgede yer alan sorular tarafıma soruldu, aşı ile ilgili beklenen olası yan etkiler (halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı, bulantı, ishal, aşı bölgesinde kızarıklık, aşı bölgesinde ağrı, nadiren anafilaksi (ölümcül olabilecek allerji) anlatıldı. Yan etki olursa yapılması gerekenler anlatıldı.

..... aşısını olmayı kendi rızamla kabul ediyorum.

Gebeyim, kendi isteğimle aşısını oluyorum.

Emziriyorum kendi isteğimleaşısını oluyorum.

Covid hastalığı geçirdim, kendi isteğimleaşısını oluyorum.

Tarih: / /

Hasta veya hasta yakını*

Hemşirenin/Doktorun

Adı Soyadı İmza

Adı Soyadı Unvanı İmza

* Hasta yakını : Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçıları