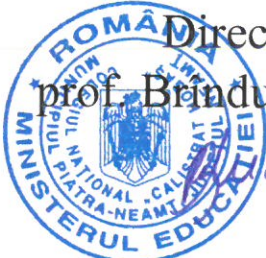


INFORMARE PRIVIND ASIGURAREA VACCINĂRII ÎN CNCH

În conformitate cu Instrucțiunea nr. 232/7.09.2021 a Comitetului Național de Coordonare a Activităților Privind Vaccinarea Împotriva SARS-CoV-2 și adresa nr. 14620/20.09.2021 a Direcției de Sănătate Publică Neamț privind asigurarea vaccinării în unitățile de învățământ a elevilor, familiilor acestora și a personalului propriu vă informăm următoarele:

1. campania specială pentru vaccinare în unitățile școlare se desfășoară până la data de 15.11.2021;
2. intenția de vaccinare a persoanelor eligibile se va exprima prin completarea *Formularului Google.docs* transmis în fiecare zi de luni pe adresa de Gmail de pe Domeniul școlii a tuturor elevilor;
3. în cazul minorilor vaccinarea se realizează în baza consimțământului informat al părintelui/reprezentantului legal;
4. la vaccinarea elevilor minori părintele/reprezentantul legal va fi prezent și va completa *Formularul de exprimare a consimțământului informat pentru minori* și *Chestionarul pentru triajul minorilor* (documente atașate).

Director,
prof. Brîndușa Andrei



Formular consimțământ informat

Formular de exprimare a acordului informat al pacientului

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Datele pacientului (minorul)	Numele și prenumele:	
	CNP:	
	Domiciliul/reședința:	
Actul medical (descriere): Vaccinare anti – SARS- CoV 2 cu vaccin		

Subsemnatul,(numele și prenumele parintelui/tutorelui/reprezentantului legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către (numele și prenumele medicului / asistentului medical), că am prezentat medicului/ asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

Semnatura Data:/...../..... Semnătura parintelui/ tutorelui/ reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical
--

CHESTIONAR TRIAJ VACCINARE MINORI

Nume și prenume minor: _____

Data nașterii: _____

Pentru părinți/tutore legal: În vederea triajului pentru vaccinare vă rugăm să bifați răspunsurile la întrebările de mai jos.

Nr.	ÎNTREBARE	DA	NU	NU ȘTIU
1	Copilul dvs a avut vreo problemă de sănătate în momentul de față?			
2	Copilul dvs a avut vreun episod febril, asemănător cu gripa, în ultimele 14 zile?			
3	Copilul dvs are alergii la alimente sau medicamente?			
4	Copilul dvs a avut vreodată vreo reacție gravă după ce ați fost vaccinat/ă?			
5	Copilul dvs a avut probleme cronice de sănătate cum ar fi boli de inimă, boli de plămâni, boli de rinichi, diabet, anemie sau alte boli de sânge?			
6	Dacă ați răspuns „DA” la întrebarea anterioară. Ce boală/ boli?			
7	Copilul dvs a avut/are cancer, leucemie, HIV/SIDA sau orice altă problemă a sistemului imunitar?			
8	Copilul dvs a avut/are epilepsie sau alte boli neurologice?			
9	În ultimele 3 luni, copilul dvs a luat medicamente care vă slăbesc sistemul imunitar, cum ar fi cortizon, prednison sau alți steroizi, medicamente anticanceroase sau ați avut tratamente sau radiații?			
10	În ultimul an, copilul dvs a primit transfuzie de sânge sau produse din sânge, vi s-a administrat imunoglobulină sau un medicament antiviral?			
12	Ați mai fost vaccinat împotriva COVID-19?			
	Dacă „DA”, precizați: Cu ce produs?..... Data vaccinării.....			

Completat de părinte/ tutore/ reprezentant legal: _____

Data: _____ Semnătură: _____