

## Kérdőív az oltást követő mellékhatásokról

Kérjük nyomtatott betűvel kitölteni!

Név:

Születési dátum:

Taj szám:

Lakcím:

Telefonszám:

e-mail cím:

Kérjük, szíveskedjen megjelölni azokat a mellékhatásokat, amelyek önnél megjelentek az első oltás beadását követően!

<b>Tünet</b>	<b>Igen</b>	<b>Megjegyzés</b>
Fájdalom a beadás helyén		
Duzzanat, bőrpír a beadás helyén		
Viszketés a beadás helyén		
Hidegrázás,láz		
Szédülés		
Fejfájás		
Izomfájdalom		
Izületi fájdalom		
Végtag fájdalom		
Mellkasi fájdalom		
Gyengeség/fáradtság		
Álmatlanság		
Szorongás/nyugtalanág		
Rossz közérzet		
Émelygés/hányinger		
Megnagyobbodott nyirokcsomók		
Arcidegbénulás		
Kiütések		
Súlyos allergiás reakció		
Anafilaxiás reakció		
Íz érzés és szaglás megváltozása		
Egyéb tünet		
Sem helyi, sem általános tünetek nem jelentkeztek.		

Dátum:

Aláírás: