

Screenings checklist voor de toediening van het COVID-19 vaccin

Naam:	Instelling:	
Voornaam:	Vaccinatie locatie:	
Geboortedatum:		
Geslacht:	Datum:	
ID # :		
Tel nr:		
VRAAG DE CLIËNT ALTIJD NAAR DIENS GEZONDHEIDSTOESTAND, VOORDAT U VACCINEERT		
Vragen	Ja	Nee
1. Bent u zwanger?		
2. Bent u nu ziek? ¹		
Heeft u koorts?		
3. Is er een operatie bij U gepland binnen 48 uur? ¹		
4. Heeft u ooit een bijwerking of allergische reactie gehad na een vaccin, medicijn, insectensteek of voedingsmiddel? ²		
5. Bent u eerder gevaccineerd met COVID-19 vaccin? *		
Indien ja, welk soort vaccin heeft u gehad? (Zie kaart)		
<input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Astra Zeneca <input type="radio"/> Ander product:		
Review door:	Datum:	
Vitale functies:		
RR/		
Pols/ min		
Temp : °C		
Zuurstofsaturatie: %		
Metingen verricht door:		
Conclusie: contra-indicatie / uitstel tot		
BESLUIT: AKKOORD VACCINATIE:		
Naam Tolk (indien van toepassing):		

- Indien **ja** op vraag 1, overleg met Arts
- Indien **ja** op **vraag 2 en/of 3**, dan **uitstel**
- Indien **ja** op **vraag 4** dan **observatie 30 min** i.p.v. 15 min