HEALTH DECLARATION SCREENING FORM PARA SA ASTRAZENECA

*ng Philippine National COVID-19 Vaccine Deployment and Vaccination Program nitong June 9, 2021*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SURIIN ANG PASYENTE** | | **NO** | **YES** |
| Edad ay mas mababa sa 18 taong gulang? | |  |  |
| May alerhiya sa polysorbate o iba pang sangkap ng ASTRAZENECA vaccine:  *L-Histidine, L-Histidine hydrochloride monohydrate, Magnesium chloride hexahydrate, Polysorbate 80, Ethanol, Sucrose, Sodium chloride, Disodium edetate dihydrate, Water for injections)*? | |  |  |
| May malubhang alerhiya (severe allergic reaction) o autoimmune response (i.e. Vaccine-Induced Thrombotic Thrombocytopenia) matapos ang unang dose ng ASTRAZENECA vaccine? | |  |  |
| May alerhiya sa pagkain, itlog, gamot? May hika (asthma)?  Ibang allergies: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Kung may alerhiya o hika, may problema ba sa pag-monitor sa pasyente ng 30 minuto? | |  |  |
|  |
| May sakit kaugnay ng pagdudugo, o sa kasalukuyan ay umiinom ng anti-coagulants (pampalabnaw ng dugo)?   * Kung may sakit kaugnay ng pagdudugo o kasalukuyang umiinom ng anti-coagulants (pampalabnaw ng dugo), mayroon bang problema sa pagkuha/paggamit ng gauge 23-35 na siringhilya (syringe) para sa pagturok? | |  |  |
|  |
| Mayroon ng kahit alinman sa sumusunod na sintomas:   * Lagnat / panginginig dahil sa limig * Sakit ng ulo * Ubo * Sipon * Pananakit ng lalamunan * Pananakit ng kalamnan * Rashes | * Pagkapagod * Panghihina * Kawalan ng panlasa o pang-amoy * Pagtatae * Hirap sa paghinga * Pagkahilo/pagsusuka * Iba pang sintomas ng co-morbidity |  |  |
| May sakit na hypertension (high blood pressure)? | |  |  |
| * Kung may sakit na hypertension (high blood presure), kasalukuyang bang may SBP>180 at/o dBP >120, at may sintomas ng organ damage? | |  |  |
| Kasalukuyan mga iniinom na gamut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| May exposure sa taong conﬁrmed o suspect na kaso ng COVID-19 nitong nakaraang 14 na araw? | |  |  |
| Nagpositibo sa COVID-19 at kasalukuyang ginagamot pa/hindi pa recovered? | |  |  |
| Nakatanggap ng kahit anong bakuna nitong nakaraang 14 na araw o pinaplanong tumanggap ng kahit anong bakuna sa susunod na 14 na araw matapos magpabakuna? | |  |  |
| Ginamot o nakakuha ng convalescent plasma o monoclonal antibodies para sa COVID-19 nitong nakaraang 90 na araw? | |  |  |
| Buntis?   * Kung buntis, nasa unang tatlong buwan ng pagbubuntis? LMP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
|  |  |
| Mayroon ng kahit alinman sa sumusunod na sakit o kundisyon?   * Human Immunodeﬁciency Virus (HIV) * Kanser (Cancer o Malignancy) at kasalukuyang sumasailalim sa chemotherapy, radiotherapy, immunotherapy, o iba pang treatment * Sumailalim sa organ transplant * Kasalukuyang umiinom ng steroids * Nakaratay na lang sa kama (bed-ridden), may sakit (terminal illness) na hindi tataas sa anim (6) na buwan ang taning * May autoimmune disease * Ibang karamdaman: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Kung may alinman sa mga nabanggit, tutol ba ang duktor sa pagbakuna sa dalang medical clearance **bago ang araw ng pagbakuna**? | |  |  |
|  |  |

**VACCINATE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pangalan ng magpapabakuna:** | |
| **Birthdate:** | **Kasarian:** |
| **Lagda ng Health Worker:** | |

Kung alinman sa mga kahon na HINDI kulay-gray ang na-tsekan, ipagpaliban muna ang pagbabakuna

If vital signs are taken, pls. record them here: Time: BP: HR: RR: Temp. O2 sat:

\* Please keep this health screening form as part of the patient’s oﬃcial vaccination and medical record.