



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΕΠΙΣΤΑΣΙΑΣ

Στα πλαίσια της λειτουργίας του Ιατρείου Εργασίας στο Π.Γ.Ν.Ι. και της ανάγκης περιοδικού ελέγχου της εμβολιαστικής κάλυψης του προσωπικού σε συνεργασία με το Γραφείο Εμβολίων, παρακαλούμε για την ενυπόγραφη συμπλήρωση του κάτωθι ερωτηματολογίου και την παράδοσή του αυτοπροσώπως για τον κάθε εργαζόμενο του Τμήματος Επιστάσιας στο Ιατρείο Εργασίας έως τις 30/01/2024. Το κάτωθι ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί και στο Γραφείο Εμβολίων με την προσκόμιση κάρτας εμβολίων ή βιβλιαρίου εμβολίων.

Όνοματεπώνυμο:

Όνομα Πατρός:

Ειδικότητα:

Έτος Γεννήσεως:

Ιστορικό Εμβολιασμών:

Έχετε εμβολιασθεί κατά της **Ηπατίτιδας Β;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ναι καταγράψτε τον αριθμό των δόσεων και το έτος τελευταίου εμβολίου :

.....

Έχετε εμβολιασθεί κατά της **Ηπατίτιδας Α;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ναι καταγράψτε τον αριθμό των δόσεων και το έτος τελευταίου εμβολίου :

.....

Έχετε εμβολιασθεί κατά του **Τετάνου;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ναι καταγράψτε τον αριθμό των δόσεων και το έτος τελευταίου εμβολίου :

.....

Σημειώστε παρακάτω άλλα εμβόλια που έχετε κάνει στα πλαίσια της εργασίας σας

Εμβόλιο	Έτος

Σημειώσεις και παρατηρήσεις Ιατρείου Εργασίας ή Γραφείου Εμβολίων:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Υπογραφή Εργαζομένου

Ημερομηνία