Проверка и согласие на менингококковую прививку

Для того чтобы вам вашему ребёнку могли сделать прививку _____ Ваши ответы на ниже указанные вопросы помогут нам определить можно ли вам или вашему ребёнку сделать вакцинацию Пожалуйста прочтите информацию о

ИМЯ _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ ВОЗРАСТ ПОЛ или

ТЕЛЕФОН РОДИТЕЛЕЙ _____ ДРЕС _____ ГОРОД ИНДЕКС _____

Пожалуйста отметьте Yes (ì è) или No (õ í ú) для нижеследующих вопросов ответьте на ê ù íвопросы

Была ли привита пациенту[1)]