

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia / /

**KWESTIONARIUSZ WYWIADU PRZESIEWOWEGO
PRZED SZCZEPIENIEM DZIECI w wieku 0 – 2 rok życia**

Dla rodziców/opiekunów dziecka. Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można wykonać u Państwa dziecka w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że dziecka nie należy szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumieją Państwo pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.

Lp.	Pytania	Tak	Nie	Nie wiem
1.	Czy dziecko jest chore?			
2.	Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy lub jakieś szczepionki?			
3.	Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek poważna reakcja na szczepienie?			
4.	Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę)?			
5.	Czy u dziecka występowały drgawki lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?			
6.	Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy (np. raka) białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?			
7.	Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (hydrokortyzonem, Encortonem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatykami) lub poddawano radioterapii (napromieniowaniu)?			
8.	Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) albo lek nazywany immunoglobuliną (gamma-globuliną)?			
9.	Czy dziewczynka / nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?			
10.	Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?			
11.	Czy występują u dziecka zmiany skórne? Miejsce wystąpienia			

Czy przynieśli Państwo ze sobą książeczkę zdrowia dziecka (lub kartę szczepień)? Tak Nie

Formularz wypełniony przez: Data

Sprawdził.....

BADANIE PRZED SZCZEPIENIEM imię i nazwisko

data wiek temperatura ciała

waga centyl wzrost centyl BMI

obwód głowy centyl obwód klatki piersiowej centyl

ciemie przednie zęby witamina D3

jądra prawidłowej wielkości w worku mosznowym TAK NIE

stawy biodrowe wypróżnienia

test słuchu

karmienie

rozwój psycho-ruchowy

opieka specjalistyczna

blizna po BCG

NOP

Zakwalifikowany do szczepienia w dniu

Podpis lekarza

Zostałam/-em w sposób zrozumiały i wyczerpujący poinformowana/-ny o wskazaniach do szczepienia oraz o możliwości wystąpienia ewentualnych powikłań i odczynów poszczepiennych, jak również o możliwych konsekwencjach zdrowotnych nie poddania się powyższemu szczepieniu.

Data i podpis pacjenta / opiekuna

Oświadczam, że zarówno dziecko jak i my – rodzice/opiekunowie, a także nasi domownicy

- nie powrócili w ciągu 14 ostatnich dni z rejonów o dużej i utrwalonej transmisji SARS-CoV-2
- nie mieli kontaktu w ciągu ostatnich 14 dni z osobą zakażoną SARS-CoV-2 lub chorą na COVID-19 lub przebywającą w kwarantannie z powodu ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 lub z poddaną izolacji w warunkach domowych
- nie mamy objawów ostrej infekcji (gorączka, kaszel, duszność, wysypka), które mogłyby wskazywać na COVID-19 lub inne infekcje.

W czasie porady szczepiennej i szczepienia są stosowane środki ochrony osobistej.

Data..... Podpis rodzica/opiekuna

Podpis lekarza przyjmującego oświadczenie