

Imię i nazwisko dziecka / pacjenta .....

Data urodzenia ..... / ..... / .....

### KWESTIONARIUSZ WYWIADU PRZESIEWOWEGO PRZED SZCZEPIENIEM DZIECI od 2 roku życia I MŁODZIEŻY/ DOROSŁYCH

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

waga ..... centyl ..... wzrost ..... centyl ..... temperatura ciała .....

Zakwalifikowany do szczepienia .....data .....

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 i rodzice/opiekunowie/pacjent, 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 .....