

Imię i nazwisko osoby szczepionej PESEL lub seria i nr paszportu:.....

Adres zamieszkania: ul. /.....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego: PESEL lub seria i nr paszportu:

Tel. komórkowy (kontaktowy):

**Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem
osoby małoletniej przeciw COVID-19
(kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień)**

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować, czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie.

Lp.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 30 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni osoba poddawana szczepieniu miała bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt 3–5)?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni osoba poddawana szczepieniu miała podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni u osoby poddawanej szczepieniu występował ból gardła, nowy utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła utrata węchu lub smaku?		
6.	Czy osoba poddawana szczepieniu ma obecnie infekcję dróg oddechowych, biegunkę, wymioty?		

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby małoletniej przeciw COVID-19

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
1.	Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C)			
2.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?			
3.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbitat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ?			
4.	Czy w przeszłości u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano, ciężką uogólnioną reakcją alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			

¹ Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko COVID-19 można znaleźć w Ulotce dla pacjenta dostępnej na stronie Szczepimy się pod adresem: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. Ulotkę udostępnia również personel realizujący szczepienia.

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
5.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu występuje zaostrzenie choroby przewlekłej?			
6.	Czy osoba poddawana szczepieniu otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Czy osoba poddawana szczepieniu choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			
8.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?			
9.	(tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu jest w ciąży?			
10.	(tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu piersią?			

^{2 a} Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia.

Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza.

Pytania w miejscu szczepienia		Tak	Nie
1.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?		

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

..... Data:/godz.
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

Oświadczenie

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

.....

Data i czytelny podpis

(*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 r.ż.)

Zgoda opiekuna ustawowego

Janr PESEL:,

(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: seria: nr:.....

(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym (właściwe podkreślić):

..... data ur....., nr PESEL:.....

(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19 w dniu:,

.....

Data i czytelny podpis

(podpis opiekuna prawnego)