Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Місце для найменування медичної установ

Imię i nazwisko pacjenta: …….

Ім'я і прізвище пацієнта: ……

PESEL lub seria i nr paszportu: …….....

Номер PESEL або серія і номер закордонного паспорта:……..…

Dane kontaktowe (nr telefonu):……..

Контактні дані (номер телефону): ……

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.

Анкета попереднього скринінгового опитування перед вакцинацією дорослої особи від COVID-19

Анкету слід заповнити перед візитом у пункт вакцинації.

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.

Відповіді на наведені нижче запитання дозволять медичному персоналу, який здійснює допуск до вакцинації, прийняти рішення, чи можна зробити вам сьогодні щеплення від COVID-19. Відповіді використовуватимуться під час процесу допуску до вакцинації. Медичний персонал, який здійснює допуск до вакцинації, може поставити вам додаткові запитання. У разі сумнівів слід попросити медиків, які здійснюють допуск до вакцинації або виконують щеплення, надати відповідні пояснення.

Lp. **№ з/п**	**Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19** **Попередні запитання щодо ризику інфікування COVID-19**	**Tak** **Так**	**Nie** **Ні**
1.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni miała Pani/miał Pan 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. 2–5)? Чи були за останні 7 днів у вас контакти з особою, яка отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, та чи проживаєте ви з такою особою, чи проживаєте ви з особою, у якої в цей період спостерігалися симптоми COVID-19 (вказані в запитаннях 2–5)?		

Lp. № з/п	**Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19** **Попередні запитання щодо ризику інфікування COVID-19**	**Tak** **Так**	**Nie** **Ні**
2.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів підвищена або висока температура тіла?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni występował u Pani/Pana ból gardła, nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? Чи спостерігався у вас за останні 7 днів біль у горлі, новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub smaku? Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів втрата нюху або смаку?		
5.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty? Чи є у вас сьогодні симптоми застуди, діарея, блювання?		

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.

Якщо на якесь із наведених вище запитань буде отримано відповідь «ТАК» (позитивну), вакцинацію проти COVID-19 слід відкласти. Отримання щеплення можливе, якщо на всі запитання буде отримано відповідь «НІ» (якщо всі відповіді будуть негативними). У разі сумнівів слід зв'язатися з пунктом вакцинації.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

Анкета опитування перед вакцинацією дорослої особи від COVID-19

Lp. № з/п	**Pytania dotyczące stanu zdrowia** **Запитання, що стосуються стану здоров'я**	**Tak**[a] **Так**[a]	**Nie** **Ні**	**Nie wiem**[a] **Не знаю**[a]
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: ……°C) Чи почуваєтеся ви хворим/хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації: ……°C)			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka? …… Чи спостерігалась будь-коли у вас важка несприятлива реакція на вакцинацію (запитання стосується також першої дози вакцини проти COVID-19)? Якщо так, яка? ……			
3.	Чи діагностувалася у вас алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини[1]?			

[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.*

Детальнішу інформацію на тему складу вакцин проти COVID-19 ви знайдете в Інформації для пацієнта, доступній на сайті Szczepimy się за адресою: https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19. Таку інформацію може надати також персонал, який проводить вакцинацію.

Lp. № з/п	**Pytania dotyczące stanu zdrowia** **Запитання, що стосуються стану здоров'я**	**Tak**[a] **Так**[a]	**Nie** **Ні**	**Nie wiem**[a] **Не знаю**[a]
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? Чи діагностовано у вас в минулому важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах?			
5.	Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej? Чи спостерігається у вас загострення хронічного захворювання?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan 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? Чи приймаєте ви ліки, що пригнічують імунітет (імуносупресивні, пероральні кортикостероїди – наприклад, преднізон, дексаметазон), ліки від злоякісних новоутворень (цитостатичні), ліки, що вживаються після пересадки органів, променеву терапію (опромінювання) або біологічне лікування в зв'язку з запаленням суглобів, неспецифічним запаленням кишечника (наприклад, хворобою Крона) або псоріазом?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Чи хворієте ви гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові?			
8.	Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? Чи було діагностовано у вас гепарин-індуковану тромбоцитопенію (ГІТ) або тромбоз церебральних вен і синусів?			
9.	*(tylko dla Pań*) Czy jest Pani w ciąży? *запитання стосується лише жінок)* Ви вагітні?			
10.	(*tylko dla Pań*) Czy karmi Pani dziecko piersią? *(запитання стосується лише жінок)* Чи годуєте ви зараз грудьми?			

[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.

а) Відповідь «ТАК» або «НЕ ЗНАЮ» на будь-яке із запитань вимагає додаткового консультування з боку медичного персоналу, який здійснює допуск до вакцинації.
Відповідь «ТАК» на будь-яке із запитань 2-8, які стосуються стану здоров'я, є показанням для здійснення допуску до вакцинації лікарем.

Pytania w miejscu szczepienia **Запитання в пункті вакцинації**		**Tak** **Так**	**Nie** **Ні**
1.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Чи є у вас сумніви щодо поставлених запитань?		
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?		

	Чи отримали ви відповіді на поставлені запитання?		

Czytelny podpis osoby szczepionej: …….. Data: ……/godz. ……..

Розбірливий підпис особи, якій проводиться щеплення: …… Дата: ……/час ……..

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:……

Додаткове опитування в пункті вакцинації:……

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

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

Допущений(а) до вакцинації / не допущений(а) до вакцинації (необхідне підкреслити)

…….. Дата: ……/час ……
(розбірливий підпис особи, яка здійснює допуск до вакцинації)

Oświadczenie

Заява

Oświadczam, że 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.

Я заявляю, що даю згоду на вакцинацію проти COVID-19. Підтверджую, що мене ознайомили з інформацією, яка стосується цього щеплення, і ця інформація мені зрозуміла. Мені також дали відповіді на всі поставлені мною запитання, відповіді мені зрозумілі.

……
Data i czytelny podpis
Дата і розбірливий підпис