

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

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

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

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby niepełnoletniej 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 14 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 3–5)? | | |
| 3. | Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? | | |
| 4. | Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? | | |
| 5. | Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku? | | |
| 6. | Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni? | | |
| 7. | Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma 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 niepełnoletniej przeciw COVID-19

| Lp. | Pytania dotyczące stanu zdrowia | Tak ^a | Nie | Nie wiem ^a |
|-----|---|------------------|-----|-----------------------|
| 1. | Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C) | | | |
| 2. | Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka? | | | |
| 3. | Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbát lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ? | | | |
| 4. | Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? | | | |
| 5. | Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej? | | | |
| 6. | Czy otrzymuje Pani/Pan leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw | | | |

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 |
|-----|---|------------------|-----|-----------------------|
| | 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 choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? | | | |
| 8. | Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? | | | |
| 9. | (tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży? | | | |
| 10. | (tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko 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)