# Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

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

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:…………………..PESEL lub seria i nr paszportu:..…………………………..

# 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 osoby kwalifikowanej do szczepienia 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. **Kwalifikację do szczepienia osób do 15 lat prowadzi lekarz**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytania wstępne** | **Tak** | **Nie** |
| **1.** | Czy w ciągu ostatnich 30 dni osoba poddawana szczepieniu miała dodatni wynik testugenetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2? |  |  |
| **2.** | Czy w ciągu ostatnich 14 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 wpyt 3–5)? |  |  |
| **3.** | Czy w ciągu ostatnich 14 dni osoba poddawana szczepieniu miała podwyższoną temperaturęciała lub gorączkę? |  |  |
| **4.** | Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu występował nowy, utrzymującysię kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? |  |  |
| **5.** | Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła utrata węchu lubodczucia smaku? |  |  |
| **6.** | Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj przeziębiona 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 małoletniej przeciw COVID-19

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytania dotyczące stanu zdrowia** | **Taka** | **Nie** | **Nie wiema** |
| **1.** | Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj chora? (pomiar temperaturyciała wykonany w punkcie szczepień oC) |  |  |  |
| **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 glikolpolietylenowy (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki1? |  |  |  |
| **4.** | Czy w przeszłości u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję 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.*](http://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** | **Taka** | **Nie** | **Nie wiema** |
| **5.** | Czy u osoby poddawanej szczepieniu występuje zaostrzenie chorobyprzewlekłej? |  |  |  |
| **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 poważnezaburzenia krzepnięcia? |  |  |  |
| **8.** | Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano małopłytkowość indukowanąheparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? |  |  |  |
| **9.** | (tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu jest w ciąży? |  |  |  |
| **10.** | (tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu karmi dziecko piersią? |  |  |  |

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. **Kwalifikację do szczepienia osób w wieku do 15 lat prowadzi lekarz**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pytania w miejscu szczepienia** | **Tak** | **Nie** |
| **1.** | Czy są wątpliwości do zadanych pytań? |  |  |
| **2.** | Czy uzyskano 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 lat)

**Zgoda przedstawiciela ustawowego**

Ja …….………………………………………………………. PESEL ,

(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego)

legitymujący/a się: …………..……………………………………….seria: …………… nr:………………………..

(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

………………………….…………………………..…………data ur.……………………, PESEL:…….………….

(imię i nazwisko/data urodzenia/PESEL osoby małoletniej)

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

………….………………………………… Data i czytelny podpis

(podpis przedstawiciela ustawowego)