

Imię i nazwisko pacjenta: ……………………………………………………….

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

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

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą u lekarza. Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować, czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane przez lekarza w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego realizującego szczepienie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytania wstępne** | **Tak** | **Nie** |
| 1. | Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni 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 miesz- ka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antyge- nowego 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 temperatu- rę 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 choro- by przewlekłej? |  |  |
| 5. | Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku? |  |  |
| 6. | Czy w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)? |  |  |
| 7. | Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni? |  |  |
| 8. | Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty)? |  |  |

# Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest pozytywna, szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wtedy, gdy wszystkie odpowiedzi na ww. pytania będą negatywne. W razie wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem realizującym szczepienia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytania dotyczące stanu zdrowia** | **Taka** | **Nie** | **Nie wiema** |
| 1. | Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrzenie) choroby przewlekłej? |  |  |  |
| 2. | Czy w przeszłości lekarz rozpoznał u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po po- daniu jakiegoś leku lub pokarmu, albo po ukąszeniu owada? |  |  |  |
| 3. | Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu? |  |  |  |
| 4. | Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje1? |  |  |  |
| 5. | Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odpor- ność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)? |  |  |  |
| 6. | Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające odporność (immuno- supresyjne), np. kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapale- nia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy? |  |  |  |
| 7. | Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburze- nia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pani/Pan leki przeciwkrzepli- we? |  |  |  |
| 8. | (*tylko dla Pań*) Czy jest Pani w ciąży? |  |  |  |
| 9. | (*tylko dla Pań*) Czy karmi Pani dziecko piersią? |  |  |  |
| 10. | Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Czy którekolwiek z pytań było niejasne? |  |  |  |

aOdpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza.

Formularz wypełniony przez: …………………………………………… Data: ………………………………

Formularz sprawdzony przez: …………………………………………… Data: ………………………………

**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 podpis

1 Więcej informacji na temat składu szczepionki można znaleźć w Ulotce dla pacjenta, dostępnej na stronie urpl.gov.pl. Ulotkę

udostępnia personel realizujący szczepienia.