**Miejsce na oznaczenieplacówki 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 kwalifikującemudo 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 30dnimiała 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 miaław 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 lubma biegunkę, wymioty?  |  |  |

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone.Na szczepienie należy zgłosić sięwówczas, 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**  | **Taka** | **Nie** | **Nie wiema** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperaturyciała wykonany w punkcie szczepień: …………oC) |  |  |  |
|  | Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwkoCOVID-19)? Jeśli tak, jaka?…………………………………………………… |  |  |  |
|  | Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki[[1]](#footnote-2)? |  |  |  |
|  | Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? |  |  |  |
|  | Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?  |  |  |  |
|  | 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? |  |  |  |
|  | Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? |  |  |  |
|  | Czyrozpoznanou Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? |  |  |  |
|  | *(tylko dla Pań*) Czy jest Pani w ciąży? |  |  |  |
|  | (*tylko dla Pań*) Czy karmi Pani dziecko piersią?  |  |  |  |

2aOdpowiedź 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** |
|  | Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?  |  |  |
|  | Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania? |  |  |

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwepodkreślić) 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**

Ja …….…………………………………………………..nr 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)

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.*  [↑](#footnote-ref-2)