



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 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 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	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrenie) choroby przewlekłej?			
2.	Czy w przeszłości lekarz rozpoznał u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu 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 substancje ¹ ?			
5.	Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające odporność (immunosupresyjne), 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 zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwne?			
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.

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Pesel:

Adres:

Telefon:

Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osób dorosłych

Dla pacjenta: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy Pani/Pana szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumie Pani/Pan pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.

.....TAK.....NIE.....NIE WIEM

1. Czy jest Pan/Pani dziś chory/a?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Czy wystąpiła u Pana/Pani kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

3a. lub inna reakcja anafilaktyczna?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Czy choruje Pan/Pani przewlekłe na chorobę serca, astmę lub inną chorobę płuc,
nerek, chorobę metaboliczną (np. cukrzycę), niedokrwistość lub inną chorobę krwi?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Czy choruje Pan/Pani na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne
choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie otrzymuje
kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton,
hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne),
radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów,
nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Czy występowały u Pana/Pani drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub
inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości,
utrata przytomności, niedowład lub paraliż)?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. Czy w ciągu minionego roku otrzymał/a Pan/Pani krew lub preparat krwi
(np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną
(gammaglobuliną) lub lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej,
ospy wietrznej lub półpaśca)?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Czy otrzymał/a Pan/Pani jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?

☐☐☐

10. Czy jest Pani w ciąży lub istnieje szansa, że będzie Pani

w ciągu najbliższego miesiąca?

☐☐☐

11. Czy karmi Pani piersią?

☐☐☐

Formularz wypełniony przez: Data:

Formularz sprawdzony przez:Data:

Poinformowany o ryzyku wystąpienia objawów niepożądanych (w tym wstrząsu anafilaktycznego) wnioskuję o wykonanie szczepienia.

Kwalifikacje:

.....TAK.....NIE.....

☐☐

Pieczętka lekarza

Zalecenia lekarskie: czas oczekiwania po szczepieniu.....

15 min

☐

30 min

☐

Szczepienie:.....

Godz:

Pieczętka pielęgniarki

Nr serii preparatu szczepionki:

Zakończenie obserwacji:.....

Data:

Godz:

Uwagi:

Pieczętka