

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Imię i nazwisko osoby szczepionejPESEL lub seria i nr paszportu:.....

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

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem dziecka w wieku 5-11 lat przeciw COVID-19 (kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień)

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować czy można zaszczepić dziecko kwalifikowane do szczepienia przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie lekarza kwalifikującego.

Kwalifikację do szczepienia osób w wieku 5-11 lat prowadzi lekarz.

| Lp. | Pytania wstępne | Tak | Nie |
|-----|---|-----|-----|
| 1. | Czy w ciągu ostatnich 30 dni dziecko miało dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2? | | |
| 2. | Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko miało 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 dziecko miało podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? | | |
| 4. | Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka poddawanego szczepieniu występował nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? | | |
| 5. | Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka wystąpiła utrata węchu lub odczucia smaku? | | |
| 6. | Czy dziecko ma infekcję dróg oddechowych 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 dziecka w wieku 5-11 lat przeciw COVID-19

| Lp. | Pytania dotyczące stanu zdrowia | Tak ^a | Nie | Nie wiem ^a |
|-----|---|------------------|-----|-----------------------|
| 1. | Czy dziecko czuje się dzisiaj chore? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C) | | | |
| 2. | Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciw COVID-19)? Jeśli tak, jaka? Jaka szczepionka została podana? | | | |
| 3. | Czy u dziecka rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbata lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ? | | | |
| 4. | Czy w przeszłości u dziecka rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną | | | |

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 udostępniła również personel realizujący szczepienia.

| Lp. | Pytania dotyczące stanu zdrowia | Tak ^a | Nie | Nie wiem ^a |
|-----|---|------------------|-----|-----------------------|
| | (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? | | | |
| 5. | Czy u dziecka występuje zaostrzenie choroby przewlekłej? | | | |
| 6. | Czy dziecko otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki z powodu nowotworu złośliwego (cytostatyczne), leki po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy? | | | |
| 7. | Czy dziecko choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? | | | |

a) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza kwalifikującego do szczepienia.

| Pytania w punkcie szczepień | | Tak | Nie |
|-----------------------------|---|-----|-----|
| 1. | Czy nasunęły się 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 lekarza)

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)