

**ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM/ANKIETA SZCZEPIEŃ (dzieci od 0 do 18 lat)  
SZCZEPIENIE NALEŻY WYKONAĆ W TYM SAMYM DNIU (NIE PÓŹNIEJ NIŻ 24 GODZINY) PO LEKARSKIM BADANIU  
KWALIFIKACYJNYM DOKONANYM PRZEZ UPRAWNIONEGO LEKARZA)**

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_ Wiek \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Adres zamieszkania \_\_\_\_\_  
Rodzaj szczepienia \_\_\_\_\_

**Poinformowano o ilości dawek szczepionki TAK / NIE**

1. Czy dziecko jest dziś chore?

NIE  TAK

2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateksy?

NIE  TAK (jaka: \_\_\_\_\_)

3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?

NIE  TAK (jaka: \_\_\_\_\_)

4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę)? Czy dziecko jest leczone przewlekle kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)?

NIE  TAK (jako to jest schorzenie, jakie leki przyjmuje: \_\_\_\_\_)

5. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub inny kortykosteroidem (deksametazonem, Encortonem, Encortolonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi), poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczeniu biologicznemu (lekami immunologicznymi, np. z powodu zapalenia stawów lub nieswoistego zapalenia jelit)?

NIE  TAK

6. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagle, niewyjaśnione zgony z powodu zakażeń?

NIE  TAK

7. Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki? Czy u dziecka występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?

NIE  TAK

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

NIE  TAK

9. Czy dziecko otrzymywało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?

NIE  TAK (jaka: \_\_\_\_\_)

10. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?

NIE  TAK

11. Czy w otoczeniu dziecka kwalifikowanego do szczepienia szczepionką OPV znajdują się dzieci nie szczepione p/polio lub osoby z zaburzeniami odporności.

NIE  TAK

**12. INFORMACJE DOTYCZĄCE POPRZEDNIEGO SZCZEPIENIA**

Data poprzedniego szczepienia \_\_\_\_\_ Nazwa szczepionki \_\_\_\_\_ Dawka \_\_\_\_\_

13. INFORMACJA nt. DOKUMENTACJI (Pacjent przedstawił dokumentację nt. szczepień):

Kartę uodpornienia:  NIE  TAK Książeczkę szczepień:  NIE  TAK Książeczkę zdrowia dziecka:  NIE  TAK

**DODATKOWY WYWIAD ZWIĄZANY Z EPIDEMIĄ WIRUSA SARS-CoV-2 (COVID-19)**

1. CZY WYSTĘPUJĄ EPIDEMIOLOGICZNE CZYNNIKI RYZYKA COVID-19 zarówno u dziecka, jak i jego opiekunów lub innych domowników (np. powrót w ciągu minionych 14 dni z rejonów o dużej i utrwalonej transmisji SARS-CoV-2 lub kontakt w ciągu minionych 14 dni z osobą chorą na COVID-19, lub zakażoną SARS-CoV-2, lub przebywającą w kwarantannie z powodu ryzyka zakażenia SARS-CoV-2).

NIE  TAK

2. CZY WYSTĘPUJĄ OBJAWY OSTREJ INFЕКCJI (gorączka, kaszel, duszność, biegunka) zarówno u dziecka, jak i jego opiekunów lub innych domowników, które mogłyby wskazywać na COVID-19.

NIE  TAK

**ZASWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM**

W wyniku przeprowadzonego w dniu \_\_\_\_\_ o godzinie \_\_\_\_\_ lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się że u pacjenta:

- stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw \_\_\_\_\_
- stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw \_\_\_\_\_ dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia do dnia \_\_\_\_\_
- stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego, dające podstawy do długotrwałego odroczenia wykonania szczepienia i skierowano pacjenta na konsultację specjalistyczną do poradni (podać adres) \_\_\_\_\_

W przypadku zakwalifikowania pacjenta do szczepień podać datę następnego szczepienia \_\_\_\_\_  
UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA \_\_\_\_\_

LEKARZ PRZEKAZAŁ INFORMACJE O SZCZEPIENIACH ZALECANYCH I OBOWIĄZKOWYCH, KTÓRE ZROZUMIAŁAM/EM?  NIE  TAK  
Data \_\_\_\_\_ Godzina \_\_\_\_\_

**POTWIERDZAM ZGODNOŚĆ I WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE SZCZEPIENIA**

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć lekarza)

\_\_\_\_\_  
(podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego / opiekuna faktycznego)

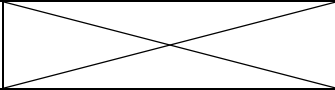
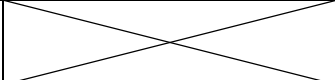
**DOTYCZĄCY WIRUSA SARS-CoV-2 W CELU OCENY RYZYKA COVID-19**

Imię i nazwisko pacjenta .....

nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM

Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana:		
— Gorączka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
— Kaszel	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
— Katar	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
— Duszności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy aktualnie przebywa Pani / Pan na kwarantannie?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Kiedy? .....	
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżowała/przebywała w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Kiedy? .....	
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Kiedy? .....	
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Kiedy? .....	
Czy podróżował/a Pan/i w przeciągu ostatnich dwóch tygodni w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Kiedy? .....	
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę: (proszę wpisać obok)		
Temperatura ciała w dniu wizyty : (proszę wpisać obok)		

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem na dzień .....

.....  
(czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego))

**Administratorem Twoich danych osobowych jest Centrum Medyczne Goldenmed przy ul. Odkrytej 4 w Warszawie (03-140) – działające w formie Inwest Med Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 33/101 w Legionowie (05-120), adres e-mail: kontakt@goldenmed.pl, numer telefonu 22 100 52 82, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000542564, numer NIP: 5272729539, REGON: 360773536.**

W kwestiach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych, jak również w przypadku pytań lub wątpliwości, możesz skontaktować się z **Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@goldenmed.pl** lub listownie na adres Administratora.

**ZGODA PACJENTA  
W CZASIE EPIDEMII WIRUSA SARS-CoV-2**

Imię i nazwisko pacjenta .....

nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ZGODA**

W związku ze stanem zagrożenia epidemiologicznego w Polsce koronawirusem SARS-CoV-2 wyrażam zgodę na przeprowadzenie usługi medycznej w Centrum Medycznym Goldenmed.

Jednocześnie oświadczam, że w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałem/-am u siebie objawów infekcji, nie miałem kontaktu z osobą objętą kwarantanną oraz nie przebywałem poza granicami Polski. Poświadczenie nieprawdy - a co za tym idzie narażanie osób drugih na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

Warszawa, .....  
(data) .....  
(czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego))

**OŚWIADCZENIE PACJENTA  
DOTYCZĄCE RYZYKA ZAKAŻENIA PATOGENAMI  
PRZENOSZONYMI DROGĄ KROPELKOWĄ**

Podczas przybywania na terenie Centrum Medycznym Goldenmed, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzina pacjenta).

Oświadczam, że przed podpisaniem dokumentu miałem/-am możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi odpowiedzi, które w pełni zrozumiałem/-am.

Oświadczam, że jestem świadomy/-ma opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt w Centrum Medycznym Goldenmed, a podpis składam dobrowolnie.

.....  
(czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego))