

**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 lateks?

NIE TAK (jakie: _____)

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 przewlekłe kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)?

NIE TAK (jakie to jest schorzenie, jakie leki przyjmuje: _____)

5. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub inny kortykosteroidem (deksametazonem, Encortonem, Encortolem, 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 (jaką: _____)

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

NIE TAK

11. INFORMACJE DOTYCZĄCE POPRZEDNIEGO SZCZEPIENIA

Data poprzedniego szczepienia _____ Nazwa szczepionki _____ Dawka _____

12. 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

ZAŚWIADCZENIE 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)