

Imię i nazwisko pacjenta _____ Wiek _____ Data urodzenia _____

PESEL _____ Adres zamieszkania _____

Rodzaj szczepienia _____

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 przewlekle kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)?

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

5. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, encortolonem, encortonem, hydrokortyzonem, medrolem, metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatykami), 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

INFORMACJE DOTYCZĄCE POPRZEDNIEGO SZCZEPIENIA

Data poprzedniego szczepienia _____ Nazwa szczepionki _____ Dawka _____

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

Kartę uodpornienia: NIE TAK

Książeczkę szczepień: NIE TAK

Książeczkę zdrowia dziecka: NIE TAK

LEKARZ PRZEKAZAŁ INFORMACJE O SZCZEPIENIACH ZALECANYCH I OBOWIĄZKOWYCH, KTÓRE ZROZUMIAŁAM/EM? 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 obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw _____ w okresie do 24 godzin od przeprowadzonego badania kwalifikacyjnego.
- 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 _____

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:

Warszawa, dnia _____

POTWIERDZAM ZGODNOŚĆ I WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE SZCZEPIENIA

_____ (podpis i pieczęć lekarza)

_____ (podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego / opiekuna faktycznego)