

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)