

Uwaga

W ZWIĄZKU Z WZNOWIENIEM SZCZEPIEŃ OBOWIĄZKOWYCH

**w ramach Programu Szczepień Ochronnych u dzieci(z zachowaniem zasad bezpieczeństwa przeciwepidemicznego w czasie szczepienia)
prosimy rodziców o zapoznanie się z ankietą kwalifikującą dziecko do szczepienia ,
która będzie obowiązkowe do podpisania w dniu szczepienia.**



Część I

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

DATA URODZENIA

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Czy u dziecka wykonywane było szczepienie w ostatnich 4 tygodniach ?
Jeśli TAK podać jakie i datę szczepienia..... | TAK | NIE |
| 2. Czy u dziecka występowały niepożądane odczyny poszczepienne ?
Jeśli TAK podać jakie i po której szczepionce..... | TAK | NIE |
| 3. Czy dziecko jest uczulone na leki, szczepionki, pokarmy (białko jaja kurzego, produkty mleczne , inne)?
Jeśli TAK podać na jakie..... | TAK | NIE |
| 4. Czy dziecko ma aktualnie jakiegokolwiek objawy chorobowe (wymioty, biegunka, gorączka, kaszel, inne)
Jeśli TAK podać jakie..... | TAK | NIE |
| 5. Czy dziecko było chore w okresie ostatnich 4 tygodni ?
Jeśli TAK, na co. Jak było leczone..... | TAK | NIE |
| 6. Czy dziecko choruje na chorobę przewlekłą ?
Jeśli TAK podać jaką..... | TAK | NIE |
| 7. Czy dziecko aktualnie przyjmuje leki ?
Jeśli TAK podać jakie..... | TAK | NIE |
| 8. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, AIDS lub inne choroby układu odpornościowego ?
Jeśli TAK podać jakie..... | TAK | NIE |
| 9. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy było leczone w związku z nowotworem?
Jeśli TAK podać jakimi lekami. Kiedy napromieniowanie..... | TAK | NIE |
| 10. Czy dziecko w minionych 3 miesiącach było leczone sterydami ?
Jeśli TAK podać jakimi Kiedy | TAK | NIE |
| 11. Czy dziecko w okresie minionego roku otrzymywało krew lub preparaty krwiozastępcze albo immunoglobulinę
Jeśli TAK podać na jaki i kiedy..... | TAK | NIE |
| 12. Czy dziecko było/jest odczulane ?
Jeśli TAK podać na co, jaką metodą, kiedy..... | TAK | NIE |
| 13. Czy u dziecka występowały drgawki lub inne objawy ze strony układu nerwowego ?
Jeśli TAK podać jakie i kiedy | TAK | NIE |

Miejscowość, data

Podpis Rodzica/ opiekuna prawnego



Część II

Osoba zgłaszająca się z dzieckiem na szczepienie została poinformowana, że nie może mieć objawów infekcji.

Pozostali domownicy:

1. nie mają infekcji dróg oddechowych o nieustalonej przyczynie
2. nie są kwarantannowani,
3. nie są poddani izolacji w warunkach domowych.
4. brak jest epidemiologicznych czynników ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 zarówno u dziecka, jak i jego opiekunów lub innych domowników (np. powrót w ciągu 14 ostatnich dni z rejonów o dużej i utrwalonej transmisji SARS-CoV-2 lub kontakt w ciągu ostatnich 14 dni z osobą zakażoną SARS-CoV-2 lub chorą na COVID-19 lub przebywającą w kwarantannie z powodu ryzyka zakażenia SARS-CoV-2);
5. zarówno dziecko jak i rodzic/opiekun, a także ich domownicy nie mają objawów ostrej infekcji (gorączka, kaszel, duszność, biegunka), które mogłyby wskazywać na COVID-19.
6. Rodzic/ Opiekun ma świadomość, że wizyta w przychodni w związku z pandemią COVID-19 wiąże się z potencjalnym ryzykiem zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Miejscowość, data

Podpis Rodzica/ opiekuna prawnego

Część III

Wypełnia lekarz po ocenie z wywiadu oraz po badaniu przedmiotowym dziecka.

Pacjent zakwalifikowany do szczepienia TAK NIE

Nazwa szczepionki, dawka szczepionki

Oświadczenie Rodzica/ opiekuna prawnego / osoby upoważnionej.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia u :

.....
imię i nazwisko pacjenta

oraz, że zostałem poinformowany o :

- **możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych**
- **konieczności pozostania na terenie przychodni ok 15 minut po odbytym szczepieniu**
- **o ryzyku dla płodu w przypadku zajścia w ciążę w okresie karencji dla wybranych szczepionek (dotyczy dziewcząt)**
- **o kolejnych szczepieniach (obowiązkowych i zalecanych)**

Miejscowość, data

Podpis Rodzica/ opiekuna prawnego

