Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Imię i nazwisko osoby szczepionej …….PESEL lub seria i nr paszportu:……

Imię i nazwisko:…….....PESEL lub seria i nr paszportu:…….. przedstawiciela ustawowego

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem dziecka w wieku 5-11 lat przeciw COVID-19

(kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień)

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować czy można zaszczepić dziecko kwalifikowane do szczepienia przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie lekarza kwalifikującego.

Kwalifikację do szczepienia osób w wieku 5-11 lat prowadzi lekarz.

Lp.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 30 dni dziecko miało dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko miało bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt 3–5)?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko miało podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka poddawanego szczepieniu występował nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka wystąpiła utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy dziecko ma infekcję dróg oddechowych lub ma biegunkę, wymioty?		

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne).
W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem dziecka w wieku 5-11 lat przeciw COVID-19

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak[a]	Nie	Nie wiem[a]
1.	Czy dziecko czuje się dzisiaj chore? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: ……°C)			
2.	Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciw COVID-19)? Jeśli tak, jaka? Jaka szczepionka została podana? ……			
3.	Czy u dziecka rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki[1]?			
4.	Czy w przeszłości u dziecka rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			

1 *Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko COVID-19 można znaleźć w Ulotce dla pacjenta dostępnej na stronie Szczepimy się pod adresem: https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19. Ulotkę udostępnia również personel realizujący szczepienia.*

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak[a]	Nie	Nie wiem[a]
5.	Czy u dziecka występuje zaostrzenie choroby przewlekłej?			
6.	Czy dziecko otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki z powodu nowotworu złośliwego (cytostatyczne), leki po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Czy dziecko choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			

a) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza kwalifikującego do szczepienia.

Pytania w punkcie szczepień		Tak	Nie
1.	Czy nasunęły się wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania?		

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

…….. Data: ……/godz. ……
(czytelny podpis lekarza)

<u>Zgoda przedstawiciela ustawowego</u>

Ja ……. PESEL: .....,
(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego)
legitymujący/a się: ……..…….seria: …… nr:……..
(nazwa dokumentu tożsamości)
oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:
……..……..……data ur.……, PESEL:…….
(imię i nazwisko/data urodzenia/PESEL osoby małoletniej)
i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19 w dniu: .....,

……
Data i czytelny podpis
(podpis przedstawiciela ustawowego)