

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ / _____ / _____
(dzień) (mies.) (rok)

Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osób dorosłych

Dla pacjenta: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy Pani/Pana szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumie Pani/Pan pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.

	Tak	Nie	Nie wiem
1. Czy jest Pan/Pani dziś chory/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy wystąpiła u Pana/Pani kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy choruje Pan/Pani przewlekle na chorobę serca, astmę lub inną chorobę płuc, nerek, chorobę metaboliczną (np. cukrzycę), niedokrwistość lub inną chorobę krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy choruje Pan/Pani na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie otrzymuje kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encorton, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy występowały u Pana/Pani drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy w ciągu minionego roku otrzymał/a Pan/Pani krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy otrzymał/a Pan/Pani jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. (tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży lub istnieje szansa, że będzie Pani w ciąży najbliższego miesiąca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formularz wypełniony przez: _____ Data: _____

Formularz sprawdzony przez: _____ Data: _____

Czy ma Pan/Pani ze sobą książeczkę szczepień (lub kartę uodpornienia)? Tak Nie

Ważne, aby zawsze mieć ze sobą aktualną dokumentację szczepień. Jeśli wykonane szczepienia nie zostały odnotowane w książeczce szczepień i w karcie uodpornienia, lub książeczka szczepień zaginęła, proszę poprosić swojego lekarza, aby uzupełnił brakujące wpisy lub wydał nowy, uzupełniony dokument. Dokumenty te należy przechowywać w bezpiecznym miejscu i nosić ze sobą na każdą wizytę u lekarza. Proszę się upewnić, czy lekarz zapisał w nich wszystkie wykonane szczepienia.



ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i nazwisko	
Pesel	
Nr telefonu	
Adres zamieszkania	
Data wizyty	

Zgodnie z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia w trosce o bezpieczeństwo Państwa oraz personelu medycznego prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.	TAK	NIE
Czy występuje u Pana/Pani gorączka powyżej 38°?		
Czy występuje u Pana/Pani duszność/trudności w nabraniu powietrza?		
Czy występuje u Pana/Pani kaszel?		
Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?		
Czy miał Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19?		

- Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje na temat moich danych osobowych oraz stanu zdrowia są zgodne z prawdą. W wypadku zatajenia jakichkolwiek informacji, biorę pełną odpowiedzialność za narażenie życia lub zdrowia pracowników placówki: Fundacja „Nasze Zdrowie” Specjalistyczny Zakład Medyczny Fundacji „Nasze Zdrowie” NZOZ oraz innych pacjentów.
- Oświadczam, że, pomimo wszelkich starań, dołożonych przez placówkę, jestem świadomy(a) ryzyka zarażenia wirusem SARS -CoV-2 podczas udzielania świadczenia i zrzekam się prawa do roszczeń wobec placówki i jej pracowników w wypadku gdyby takie zakażenie nastąpiło.

.....
(data i podpis)