



Imię i nazwisko _____

PESEL

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

Lp.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2		
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan 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 miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)?		
7.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?		
8.	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty)?		

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak	Nie	Nie wiem
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrenie) choroby przewlekłej?			
2.	Czy w przeszłości LEKARZ rozpoznał u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu jakiegoś leku lub pokarmu, albo po ukąszeniu owada?			
3.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?			
4.	Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje?			
5.	Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające odporność (immunosupresyjne), np. kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub fuchsycy?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwe?			
8.	Czy jest Pani w ciąży?			
9.	Czy karmi Pani dziecko piersią?			

Wywiad chorobowy

Choroby przewlekłe _____

Leki przyjmowane na stałe _____

Alergie na leki (zakreśl właściwe)

- Nie posiadam alergii na leki
- Mam alergię na leki takie jak: _____
(po przyjęciu wystąpiły objawy takie jak: _____)

Oświadczenie

Oświadczam, że podane przeze mnie w formularzu informacje są zgodne z prawdą.

Zostałem poinformowany/a o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, o możliwości wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego, który może wystąpić pomimo prawidłowego wykonania szczepienia oraz o postępowaniu po wykonaniu czynności leczniczej.

Zostały mi udzielone odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/em udzielone mi odpowiedzi. Potwierdzam, że przekazane informacje dotyczące tego szczepienia są dla mnie zrozumiałe.

Zobowiązuję się do pozostania w obrębie punktu szczepień przynajmniej 15 minut po wykonanym szczepieniu i poinformowania personelu w przypadku pogorszenia samopoczucia oraz wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19.

Data, podpis pacjenta

Wypełnia LEKARZ/PIELĘGNIARKA

Podstawowe parametry życiowe

Tętno _____ Saturacja _____ Temperatura ciała _____

W badaniu przedmiotowym nie stwierdzam odchyień od stanu prawidłowego.

Uwagi lekarza _____

Pacjenta po badaniu podmiotowym i przedmiotowym:

- zakwalifikowano do szczepienia
- zdyskwalifikowano z powodu _____

do szczepienia przeciwko COVID-19 szczepionką:

- COMIRNATY (Pfizer)
- mRNA-1273 (Moderna)
- Astra Zeneca

Pieczęć i podpis lekarza

Oświadczam, że pacjent miał możliwość zadawania pytań i udzieliłem odpowiedzi na zadane pytania.

Szczepionka _____

numer serii _____ data ważności _____ miejsce podania _____

Data, pieczęć i podpis podającego szczepionkę