OGÓLNOPOLSKI PROGRAM ZWALCZANIA GRYPY

Koalicja na rzecz szczepień w aptekach

Pieczątka i oznaczenie placówki medycznej

Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL lub seria i nr paszportu: _____

Telefon kontaktowy: _____

Osoba upoważniona do kontaktu w sprawach zdrowotnych _____

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciwko grypie

Kwestionariusz warto **wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień**.

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można Panią/Pana bezpiecznie zaszczepić przeciwko grypie. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienia.

Lp.	**Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19**	TAK	NIE
1.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku zakażenia SARS-CoV-2?	○	○
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan bliski kontakt lub mieszka z osobą, która miała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku zakażenia 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 czucia smaku lub obfite nocne poty?	○	○
6.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty?	○	○

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw grypie może zostać odroczone.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciwko grypie

Lp.	**Pytania dotyczące stanu zdrowia**	TAK[a]	NIE	NIE WIEM[a]
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory?	○	○	○
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu, w tym przeciwko grypie? Jeśli tak, jaka? _____	○	○	○
3.	Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie jaja (albumina jaja kurzego, białka kurze), neomycynę, formaldehyd, octoxynol-9 lub na lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki[1]?	○	○	○
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po szczepieniu, pokarmie, podaniu leku lub ukąszeniu przez owada?	○	○	○
5.	Czy aktualnie ma Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?	○	○	○
6.	Czy Pani/Pana choroba (np. zakażenie HIV, białaczka, rak, brak śledziony) lub przyjmowane leki obniżają odporność? Np. immunosupresyjne, kortykosteroidy, cytostatyki, leki przeciwko odrzuceniu przeszczepu, radioterapia (napromienianie) lub leczenie biologiczne	○	○	○

[1] Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko grypie można znaleźć w Ulotce dla pacjenta dostępnej na stronie. Ulotkę udostępnia również personel realizujący szczepienia.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciwko grypie c.d.

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	TAK[a]	NIE	NIE WIEM[a]
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?	○	○	○
8.	Czy była Pani/Pan kiedykolwiek szczepiona przeciwko grypie?	○	○	○
9.	Czy kiedykolwiek Pani/Pan straciła/stracił przytomność po szczepieniu lub innej procedurze medycznej?	○	○	○
10.	Czy przebyła Pani/Pan chorobę Guillain-Barre?	○	○	○
11.	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?	○	○	○

[a] Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia.
Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 1-7 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza.

Lp.	Pytania w miejscu szczepienia	TAK	NIE
1.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?	○	○
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?	○	○

Oświadczenie

Oświadczam, że wypełniłam/em kwestionariusz zgodnie z najlepszą wiedzą i dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw grypie. Potwierdzam, że zostały mi przekazane wystarczające informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem. Otrzymałam/em odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/em udzielone mi odpowiedzi.

_____

Data i czytelny podpis

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

_____ _____

(czytelny podpis osoby kwalifikującej) Data / godzina

Informacje o szczepieniu _____

Nazwa szczepionki/wytwórca _____

Numer serii _____

Data ważności _____

Miejsce iniekcji: **Prawe ramię** ○ **Lewe ramię** ○

Notatki:

_____

_____

_____

Opracowanie i konsultacja merytoryczna: **dr hab. n. med. Ernest Kuchar**, **dr n. farm. Piotr Merks**