



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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub czucia smaku lub obfite nocne poty?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu, w tym przeciwko grypie? Jeśli tak, jaka?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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 ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po szczepieniu, pokarmie, podaniu leku lub ukąszeniu przez owada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Czy aktualnie ma Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Czy była Pani/Pan kiedykolwiek szczepiona przeciwko grypie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Czy kiedykolwiek Pani/Pan straciła/stracił przytomność po szczepieniu lub innej procedurze medycznej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Czy przebyła Pani/Pan chorobę Guillain-Barre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

^a Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia.

Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-7 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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:

