



OGÓLNOPOLSKI PROGRAM
ZWALCZANIA CHOROBY INFEKCYJNYCH



Koalicja na rzecz
szczepień w aptekach



Pieczętka 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 pneumokokom

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 pneumokokom. 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 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. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień telefonicznie.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciwko pneumokokom

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	TAK	NIE
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu? Jeśli tak, jaka? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	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"/>
4.	Czy aktualnie ma Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	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"/>

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciwko pneumokokom 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 pneumokokom?	<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"/>

^a Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia.
Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 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 pneumokokom. 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:

