



**НАЦІОНАЛЬНА
ПРОГРАМА БОРТЬБИ
З ІНФЕКЦІЙНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ**



**Коаліція за
вакцинацію в
аптеках**



Штамп і маркування медичного
закладу

Прізвище та ім'я пацієнта: _____

PESEL або серія та номер паспорта: _____

Контактний телефон: _____

Особа, уповноважена на контакт з питань охорони здоров'я _____

Анкета попереднього скринінгу перед вакцинацією дорослої особи проти пневмокока

Анкету варто заповнити перед відвідуванням пункту вакцинації.

Відповідь на наступні запитання дозволить персоналу, який має право на вакцинацію, вирішити, чи безпечно Вам робити щеплення від пневмокока. Якщо щось не зрозуміло, будь ласка, попросіть роз'яснень.

№.	Попередні запитання щодо зараження COVID-19	ТАК	НІ
1.	Чи був у Вас позитивний генетичний або антигенний тест на інфекцію SARS-CoV-2 за останні 14 днів?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Протягом останніх 14 днів чи мали Ви тісний контакт або проживали з особою, яка мала позитивний генетичний або антигенний тест на інфекцію SARS-CoV-2, або проживали з особою, яка мала симптоми COVID-19 протягом цього періоду (перелічені в питаннях 3–5)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Чи підвищувалася у Вас температура тіла або була лихоманка протягом останніх 14 днів?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Чи за останні 14 днів був у Вас новий постійний кашель або погіршення хронічного кашлю через діагностоване хронічне захворювання?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Чи відчуваєте Ви сьогодні застуду або у вас діарея, блювота?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Якщо відповідь на будь-яке з вищезазначених питань-ТАК (позитивна), вакцинація проти грипу може бути відкладена. Вакцинація повинна бути зроблена тоді, коли всі відповіді НІ (негативні). У разі сумнівів зверніться до пункту вакцинації по телефону.

Анкета опитування перед щепленням дорослої людини від пневмококів

№.	Питання про стан здоров'я	ТАК	НІ
1.	Чи відчуваєте Ви себе хворим сьогодні?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Чи були у Вас коли-небудь серйозні побічні реакції після вакцинації? Якщо так, то які? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Чи були у Вас коли-небудь важкі генералізовані алергічні реакції (анафілактичний шок) після вакцинації, прийому їжі, ліків або укусу комахи?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Чи є у Вас зараз загострення хронічного захворювання?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Чи Ваше захворювання (наприклад, ВІЛ-інфекція, лейкемія, рак, відсутність селезінки) або ліки, які ви приймаєте, знижують імунітет? Наприклад, імунодепресанти, кортикостероїди, цитостатики, препарати проти відторгнення трансплантата, променева терапія (опромінення) або біологічне лікування.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Анкета опитування перед щепленням дорослої людини від пневмококів продовж.

№.	Питання про стан здоров'я	ТАК ^a	НІ	НЕ ЗНАЮ ^a
6.	Чи є у Вас гемофілія або інші серйозні порушення згортання крові?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Чи робили Ви коли-небудь щеплення від пневмокока?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Ви коли-небудь втрачали свідомість після вакцинації або іншої медичної процедури?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

^a Відповідь ТАК чи НЕ ЗНАЮ, на будь-яке запитання потребує роз'яснення кваліфікованим персоналом з вакцинації.
Відповідь ТАК на будь-яке з питань 2-8 про стан здоров'я є показанням до проведення кваліфікації лікарем.

№.	Питання на місці вакцинації	ТАК	НІ
1.	Чи є у вас сумніви щодо поставлених питань?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Чи отримали Ви відповіді на свої запитання?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Заява

Заявляю, що анкету заповнив\ла, наскільки мені відомо, і добровільно даю згоду на щеплення проти пневмококів. Я підтверджую, що мені було надано достатньо інформації щодо цієї вакцинації та я її зрозумів\зрозуміла. Я отримав\ла відповіді на всі свої запитання і зрозумів\ла надані мені відповіді.

_____ Дата та розбірливий підпис

Кваліфікований для вакцинації/не кваліфікований для вакцинації (підкреслити необхідне):

_____ (розбірливий підпис особи, яка проводить кваліфікацію)

_____ Дата\година

Інформація про щеплення _____

Назва вакцини/виробник _____

Номер серії _____

Термін придатності _____

Місце ін'єкції: Права рука Ліва рука

Примітки:

