



Pieczętka i/lub oznaczenie apteki

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL lub seria i nr dokumentu:

Data urodzenia: Data wypełnienia kwestionariusza

Telefon kontaktowy:

Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem przeciw tężcowi, błonicy i krztuścowi i *poliomyelitis*

Kwestionariusz należy **wypełnić przed wizytą w punkcie szczepieñ.**

Odpowiedź na poniższe pytania ułatwi kwalifikację do szczepienia przeciw tężcowi, błonicy i krztuścowi albo tężcowi, błonicy, krztuścowi (i *poliomyelitis*).
W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie osobę kwalifikującą.

Część I: Wywiad Zdrowotny

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	TAK ^a	NIE	NIE WIEM ^a
1.	Czy osoba kwalifikowana do szczepienia czuje się dzisiaj chora? (jeśli tak, pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepieñ: °C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Czy u osoby kwalifikowanej do szczepienia wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu? Jeśli tak, jaka? W jakim odstępie czasu po szczepieniu? Jaka szczepionka została podana?...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Czy u osoby kwalifikowanej do szczepienia rozpoznano uczulenie na substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ , w tym fenoksytanol, formaldehyd i glutaraldehyd? (patrz ulotka)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Czy u osoby kwalifikowanej do szczepienia rozpoznano w przeszłości zespół Guillaina-Barre w ciągu 6 tygodni po wcześniejszym podaniu szczepionki zawierającej toksoid tężcowy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Czy w przeszłości u osoby kwalifikowanej do szczepienia rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Czy osoba kwalifikowana do szczepienia ma aktualnie zaostrenie choroby przewlekłej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Czy osoba kwalifikowana do szczepienia cierpi na chorobę neurologiczną, niekontrolowaną padaczkę lub postępującą encefalopatię?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Czy osoba kwalifikowana do szczepienia otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki z powodu nowotworu złośliwego (cytostatyczne), leki po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy? Czy osoba kwalifikowana cierpi na niedobór odporności?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	TAK ^a	NIE	NIE WIEM ^a
9.	Czy osoba kwalifikowana do szczepienia choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Czy osoba kwalifikowana do szczepienia jest lub może być w ciąży (w którym tygodniu)?	<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.

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

Czy pacjent był zaszczepiony na tężec, błonicę, krztusiec lub *poliomyelitis* w przeszłości?

TAK Kiedy podano ostatnią dawkę?

NIE

Lp.	Pytania w punkcie szczepień	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"/>

Część II: Ocena Farmaceuty

Kwalifikacja do szczepienia

TAK

NIE Proszę podać powód

Zalecenia po szczepieniu

(podpis i pieczętka osoby kwalifikującej do szczepienia)

Data / godzina

Część III: Zgoda na Szczepienie

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi szczepienia przeciw tężcowi, błonicy i krztuścowi (i *poliomyelitis*) oraz że powyższe odpowiedzi są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie szczepienia.

(podpis pacjenta/opiekuna prawnego)

Data