



Pieczętka i/lub oznaczenie apteki

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL lub seria i nr dokumentu: .....

Data urodzenia: ..... Wiek w momencie kwalifikacji: .....

Telefon kontaktowy: ..... Data wypełnienia kwestionariusza: .....

## Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciwko wirusowi kleszczowego zapalenia mózgu

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

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

### Część I: Wywiad Zdrowotny

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	TAK	NIE
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Czy Pani/Pana choruje przewlekle np. na reumatoidalne zapalenie stawów, chorobę krwi, białaczkę, zakażenie HIV, chorobę nowotworową, brak śledziony?	<input type="radio"/> jaką? .....	<input type="radio"/>
3.	Czy aktualnie ma Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?	<input type="radio"/> jakiej? .....	<input type="radio"/>
4.	Czy przyjmuje Pani/Pan na stałe leki?	<input type="radio"/> jakie? .....	<input type="radio"/>
5.	Czy Pani/Pana choroba lub przyjmowane leki obniżają odporność? Np. leki immunosupresyjne, kortykosteroidy, cytostatyki, leki przeciwko odrzuceniu przeszczepu, radioterapia (napromienianie) lub leczenie biologiczne.	<input type="radio"/> jakie? .....	<input type="radio"/>
6.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?	<input type="radio"/> jakie? .....	<input type="radio"/>
7.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężki niepożądany odczyn po szczepieniu?	<input type="radio"/> jaka? .....	<input type="radio"/>
8.	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"/> proszę opisać? ..... .....	<input type="radio"/>
9.	Czy kiedykolwiek Pani/Pan straciła/stracił przytomność po szczepieniu lub innej procedurze medycznej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lp.	Pytania dotyczące kleszczowego zapalenia mózgu i szczepienia przeciw wirusowi kleszczowemu zapaleniu mózgu	TAK	NIE
1.	Czy chorowała Pani /Pan na kleszczowe zapalenie mózgu lub zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych*	<input type="radio"/> kiedy? -----	<input type="radio"/>
2.	Czy była Pani/Pan kiedykolwiek szczepiona przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?**	<input type="radio"/> kiedy? -----	<input type="radio"/>

## Część II: Ocena fachowego pracownika ochrony zdrowia kwalifikującego do szczepienia

### Kwalifikacja do szczepienia

TAK

NIE  Proszę podać powód odroczenia

### 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 kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM) oraz że powyższe odpowiedzi są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie szczepienia.

\_\_\_\_\_  
(podpis pacjenta/opiekuna prawnego)

\_\_\_\_\_  
Data

\* Przebycie kleszczowego zapalenia mózgu zapewnia odporność, szczepienia są bezpieczne, ale nie są potrzebne

\*\* Znajomość przyjętych szczepień przeciwko KZM umożliwia ustalenie liczby potrzebnych dawek szczepionki