OGÓLNOPOLSKI PROGRAM ZWALCZANIA CHORÓB INFEKCYJNYCH

Koalicja na rzecz szczepień w aptekach

Pieczątka 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 wywiadu przesiewowego przed szczepieniem przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (WZW A)

Kwestionariusz należy **wypełnić <u>przed wizytą</u> w punkcie szczepień**.

Odpowiedź na poniższe pytania ułatwi kwalifikację do szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (WZW A).
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 szczepień: _____ °C)	○	○	○
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?...	○	○	○
3.	Czy osoba kwalifikowana otrzymał/a jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	○	○	○
4.	Czy u osoby kwalifikowanej do szczepienia rozpoznano uczulenie na substancje wchodzące w skład szczepionki[1], w tym fenoksyetanol, formaldehyd, fenyloalaninę? (patrz ulotka)	○	○	○
5.	Czy u osoby kwalifikowanej do szczepienia rozpoznano uczulenie na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?	○	○	○
6.	Czy osoba kwalifikowana posiada nadwrażliwością na neomycynę?	○	○	○
7.	Czy osoba kwalifikowana do szczepienia choruje przewlekle na chorobę serca, astmę lub inną chorobę płuc, nerek, chorobę metaboliczną (np. cukrzycę), niedokrwistość lub inną chorobę krwi?	○	○	○
8.	Czy osoba kwalifikowana choruje na Fenyloketonurię?	○	○	○
9.	Czy osoba kwalifikowana choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?	○	○	○
10.	Czy u osoby kwalifikowanej występowały drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż)?	○	○	○

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	TAK[a]	NIE	NIE WIEM[a]
11.	Czy w przeszłości u osoby kwalifikowanej do szczepienia rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?	○	○	○
12.	Czy osoba kwalifikowana do szczepienia ma aktualnie zaostrzenie choroby przewlekłej?	○	○	○
13.	Czy u osoby kwalifikowanej istnieje podejrzenie zakażenia wirusem zapalania wątroby typu A (np. spożyła zakażoną wodę lub zakażone pożywienia, miała kontakt z zakażonymi osobami...)?	○	○	○
14.	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?	○	○	○
15.	Czy osoba kwalifikowana do szczepienia choruje na hemofilię, trombocytopenię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?	○	○	○
16.	Czy osoba kwalifikowana posiada choroby wątroby?	○	○	○
17.	Czy w ciągu minionego roku osoba kwalifikowana otrzymała krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?	○	○	○
18.	Czy osoba kwalifikowana do szczepienia jest lub może być w ciąży lub istnieje szansa, że będzie Pani w ciągu najbliższego miesiąca?	○	○	○

[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 przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (WZW A)?

TAK	○	Kiedy podano ostatnią dawkę?
NIE	○	

Lp.	Pytania w punkcie szczepień	TAK	NIE
1.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?	○	○
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?	○	○

Część II: Ocena Lekarza

Kwalifikacja do szczepienia

TAK ○

NIE ○ Proszę podać powód

Zalecenia po szczepieniu

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(podpis i pieczątka osoby kwalifikującej do szczepienia)

Data / godzina

Część III: Zgoda na Szczepienie

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (WZW A) oraz że powyższe odpowiedzi są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie szczepienia.

(podpis pacjenta/opiekuna prawnego)

Data