Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____ _____ _____

Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osób dorosłych

Dla pacjenta: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak" na jakiekolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy Pani/Pana szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumie Pani/Pan pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.

		Tak	Nie
1.	Czy jest Pan/Pani dziś chory/a?	☐	☐
2.	Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?	☐	☐
	Jeżeli tak proszę wymienić		
3.	Czy wystąpiła u Pana/Pani kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?	☐	☐
4.	Czy choruje Pan/Pani przewlekle na chorobę serca, astmę lub inną chorobę płuc, nerek, chorobę metaboliczną (np. cukrzycę), niedokrwistość lub inną chorobę krwi? Jeżeli tak proszę wymienić	☐	☐
5.	Czy choruje Pan/Pani na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? Jeżeli tak proszę wymienić	☐	☐
6.	Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie otrzymuje kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?	☐	☐
7.	Czy występowały u Pana/Pani drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż)?	☐	☐
8.	Czy w ciągu minionego roku otrzymał/a Pan/Pani 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)?	☐	☐
9.	Czy otrzymał/a Pan/Pani jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	☐	☐
10.	(*tylko dla Pań*) Czy jest Pani w ciąży lub istnieje szansa, że będzie Pani w ciągu najbliższego miesiąca?	☐	☐

Formularz wypełniony przez: _____ Data: _____

Formularz sprawdzony przez: _____ Data: _____

Czy ma Pan/Pani ze sobą książeczkę szczepień (lub kartę uodpornienia)? **Tak** ☐ **Nie** ☐

Ważne, aby zawsze mieć ze sobą aktualną dokumentację szczepień. Jeśli wykonane szczepienia nie zostały odnotowane w książeczce szczepień i w karcie uodpornienia, lub książeczka szczepień zaginęła, proszę poprosić swojego lekarza, aby uzupełnił brakujące wpisy lub wydał nowy, uzupełniony dokument. Dokumenty te należy przechowywać w bezpiecznym miejscu i nosić ze sobą na każdą wizytę u lekarza. Proszę się upewnić, czy lekarz zapisał w nich wszystkie wykonane szczepienia.

.....

miejscowość, data

Oświadczenie

Potwierdzam, iż zostałem poinformowany o szczepieniach ochronnych przeciwko ……. (podać nazwę jednostki chorobowej). Uzyskane informacje zrozumiałem. Oświadczam, ze **wyrażam zgodę na** wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko ww. chorobie/chorobom.

…….

Czytelny podpis