**Miejsce na oznaczenie placówki medycznej**

Imię i nazwisko osoby szczepionej ……………………………….PESEL lub seria i nr paszportu:…………………………….

Imię i nazwisko:…………………................................................PESEL lub seria i nr paszportu:..…………………………..

przedstawiciela ustawowego

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………………………………..

# **Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem dziecka w wieku 5-11 lat przeciw COVID-19**

**(kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień**)

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować czy można zaszczepić dziecko kwalifikowane do szczepienia przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie lekarza kwalifikującego.

**Kwalifikację do szczepienia osób w wieku 5-11 lat prowadzi lekarz**.

| **Lp.** | **Pytania wstępne** | **Tak** | **Nie** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Czy w ciągu ostatnich 30 dni dziecko miało dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2? |  |  |
| **2.** | Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko miało bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt 3–5)? |  |  |
| **3.** | Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko miało podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? |  |  |
| **4.** | Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka poddawanego szczepieniu występował nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? |  |  |
| **5.** | Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka wystąpiła utrata węchu lub odczucia smaku? |  |  |
| **6.** | Czy dziecko ma infekcję dróg oddechowych lub ma biegunkę, wymioty? |  |  |

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne).

W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień.

# **Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem dziecka w wieku 5-11 lat przeciw COVID-19**

| **Lp.** | **Pytania dotyczące stanu zdrowia** | **Taka** | **Nie** | **Nie wiema** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Czy dziecko czuje się dzisiaj chore? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: …………oC) |  |  |  |
|  | Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciw COVID-19)? Jeśli tak, jaka? Jaka szczepionka została podana?  …………………………………………………… |  |  |  |
|  | Czy u dziecka rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki[[1]](#footnote-1)? |  |  |  |
|  | Czy w przeszłości u dziecka rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? |  |  |  |
|  | Czy u dziecka występuje zaostrzenie choroby przewlekłej? |  |  |  |
|  | Czy dziecko 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 dziecko choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? |  |  |  |

a) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza kwalifikującego do szczepienia.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pytania w punkcie szczepień** | | **Tak** | **Nie** |
|  | Czy nasunęły się wątpliwości do zadanych pytań? |  |  |
|  | Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania? |  |  |

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

…………………………………………………………………………………... Data: ……………/godz. ………

(czytelny podpis lekarza)

**Zgoda przedstawiciela ustawowego**

Ja …….………………………………………………………. PESEL: ................................................................,

(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego)

legitymujący/a się: …………..……………………………………….seria: …………… nr:………………………..

(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

………………………….…………………………..…………data ur.……………………, PESEL:…….………….

(imię i nazwisko/data urodzenia/PESEL osoby małoletniej)

i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19 w dniu: ........................................................................,

………….…………………………………

Data i czytelny podpis

(podpis przedstawiciela ustawowego)

1. *Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko COVID-19 można znaleźć w Ulotce dla pacjenta dostępnej na stronie Szczepimy się pod adresem: https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19. Ulotkę udostępnia również personel realizujący szczepienia.*  [↑](#footnote-ref-1)