

## Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL lub seria i nr paszportu: .....

### Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

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

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie.

| Lp. | Pytania wstępne  | Tak | Nie |
|-----|--|-----|-----|
| 1.  | Czy w ciągu ostatnich 30 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?   |     |     |
| 2.  | Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan 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 miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?   |     |     |
| 4.  | Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?   |     |     |
| 5.  | Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?  |     |     |
| 6.  | Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony 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 osoby dorosłej przeciw COVID-19

| Lp. | Pytania dotyczące stanu zdrowia  | Tak <sup>a</sup> | Nie | Nie wiem <sup>a</sup> |
|-----|--|------------------|-----|-----------------------|
| 1.  | Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: .....°C)  |                  |     |                       |
| 2.  | Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?<br>..... |                  |     |                       |
| 3.  | Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbát lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki <sup>1</sup> ?                              |                  |     |                       |

<sup>1</sup> 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.

| Lp. | Pytania dotyczące stanu zdrowia  | Tak <sup>a</sup> | Nie | Nie wiem <sup>a</sup> |
|-----|--|------------------|-----|-----------------------|
| 4.  | Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?  |                  |     |                       |
| 5.  | Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?   |                  |     |                       |
| 6.  | Czy otrzymuje Pani/Pan leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy? |                  |     |                       |
| 7.  | Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?   |                  |     |                       |
| 8.  | Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?  |                  |     |                       |
| 9.  | <i>(tylko dla Pań)</i> Czy jest Pani w ciąży?  |                  |     |                       |
| 10. | <i>(tylko dla Pań)</i> Czy karmi Pani dziecko piersią?   |                  |     |                       |

<sup>a</sup> Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia.

Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza.

| Pytania w miejscu szczepienia |  | Tak | Nie |
|-------------------------------|--|-----|-----|
| 1.                            | Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?     |     |     |
| 2.                            | Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania? |     |     |

Czytelny podpis osoby szczepionej: ..... Data: ...../godz. ....

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:.....

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

..... Data: ...../godz.....  
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

#### Oświadczenie

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

.....  
Data i czytelny podpis