

# KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA COVID-19



Miejsce na pieczętkę Centrum Medycznego Damiana

Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami):

PESEL lub seria i nr paszportu:

Numer karty MRN (dotyczy pacjentów Centrum Medyczne Damiana):

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

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą u lekarza. Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować, czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane przez lekarza w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego realizującego szczepienie.

L.p.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni 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 w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)?		
7	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?		
8	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty?		

**Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest pozytywna, szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wtedy, gdy wszystkie odpowiedzi na ww. pytania będą negatywne. W razie wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem realizującym szczepienia.**

L.p.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak <sup>a</sup>	Nie	Nie wiem <sup>a</sup>
1	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrenie) choroby przewlekłej?			
2	Czy w przeszłości lekarz rozpoznał u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu jakiegoś leku lub pokarmu, albo po ukąszeniu owada?			
3	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka, niepożądana reakcja po szczepieniu?			
4	Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje <sup>1</sup> ?			
5	Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)?			
6	Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające odporność (immunosupresyjne) np. kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwe?			
8	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży?			
9	(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią?			
10	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Czy którekolwiek z pytań było niejasne?			

<sup>a</sup> Odpowiedź TAK lub NIE WIEM na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza.

<sup>1</sup> Więcej informacji na temat składu szczepionki można znaleźć w ulotce dla pacjenta, dostępnej na stronie [urpl.gov.pl](http://urpl.gov.pl). Ulotkę udostępni personel realizujący szczepienia.

**W przypadku udzielenia innej odpowiedzi niż NIE na pyt. 5 i 6** informujemy, że stany obniżonej odporności nie są przeciwwskazaniem do szczepienia. Skuteczność szczepionki może być jednak mniejsza u osób z obniżoną odpornością i mogą one nie uzyskać pełnej ochrony przeciwko COVID-19. Poddając się szczepieniu akceptujesz taką możliwość.

**W przypadku udzielenia innej odpowiedzi niż NIE na pyt. 7** informujemy, że istnieje zwiększone ryzyko krwawienia i powstania krwiaka w miejscu wkłucia u pacjentów z zaburzeniami krzepnięcia krwi. Lekarz prowadzący leczenie na kilka dni przed szczepieniem może zdecydować o zmianie leczenia lub okresowym jego odstawieniu, może także zlecić badania krwi oceniające ryzyko powikłania. Poddając się szczepieniu akceptujesz takie możliwe powikłanie.

**W przypadku udzielenia innej odpowiedzi niż NIE pyt. 8 i 9** informujemy, że ciąża i laktacja nie są przeciwwskazaniem do podania szczepionki przeciwko COVID-19. Podanie szczepionki w okresie ciąży można rozważyć, jeżeli potencjalne korzyści przewyższają potencjalne ryzyko dla matki i płodu np. u pacjentek ciężarnych z grup ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 (np. personelu medycznego) lub ciężkiego przebiegu COVID-19 (z chorobami współistniejącymi). Aktualnie nie dysponujemy danymi z badań klinicznych dotyczącymi bezpieczeństwa stosowania szczepionek przeciwko COVID-19 u kobiet w ciąży i karmiących piersią. Poddając się szczepieniu akceptujesz powyższe ryzyko.

#### Oświadczenie:

Oświadczam, że podane przeze mnie w formularzu informacje są zgodne z prawdą.

Zostałem poinformowany/a o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, o możliwości wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego, który może wystąpić pomimo prawidłowego wykonania szczepienia oraz o postępowaniu po wykonaniu czynności leczniczej.

Zostałem poinformowany/a o wskazaniach do wykonania szczepienia i zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia.

Zostały mi udzielone odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/em udzielone mi odpowiedzi.

Potwierdzam, że przekazane informacje dotyczące tego szczepienia są dla mnie zrozumiałe.

Zobowiązuję się do pozostania na terenie Centrum Medycznego Damiana przynajmniej 15 minut po wykonanym szczepieniu i poinformowania personelu w przypadku pogorszenia samopoczucia oraz wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19 szczepionką

Data i podpis pacjenta

---

W badaniu przedmiotowym brak odchyień od stanu prawidłowego

**Tak**    **Nie**

Uwagi lekarza

Rozpoznanie

Pacjenta zakwalifikowano    nie zakwalifikowano

do szczepienia przeciwko COVID-19 szczepionką

Oświadczam, że pacjent miał możliwość zadawania pytań i udzieliłem odpowiedzi na zadane pytania.

Data, pieczęć i podpis lekarza

---

Szczepionka

numer serii

data ważności

miejsce podania\*

\* miejsce podania: prawe ramię PR, lewe ramię LR

Data, pieczęć i podpis osoby wykonującej szczepienie