

### Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

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

Imię i nazwisko opiekuna prawnego: ..... PESEL lub seria i nr paszportu: .....

### Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby niepełnoletniej 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 otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?   |     |     |
| 7.  | 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 niepełnoletniej 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? ..... |                  |     |                       |
| 3.  | Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbát lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki <sup>1</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                                  |                  |     |                       |

<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> |
|-----|---|------------------|-----|-----------------------|
|     | 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>2 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? |     |     |

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

(\*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 r.ż.)

### Zgoda opiekuna ustawowego

Ja .....nr PESEL: .....  
(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: ..... seria: ..... nr:.....  
(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym (właściwe podkreślić):

..... data ur....., nr PESEL:.....  
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

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

.....  
Data i czytelny podpis

(podpis opiekuna prawnego)