**Miejsce na oznaczenie placówki medycznej**

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

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

## Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby małoletniej przeciw COVID-19 (kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień)

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować, czy można u osoby kwalifikowanej do szczepienia 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. **Kwalifikację do szczepienia osób do 15 lat prowadzi lekarz**.

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

| Lp. | Pytania dotyczące stanu zdrowia | Tak[a] | Nie | Nie wiem[a] |
|---|---|---|---|---|
| **1.** | Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj chora? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: ……$^{o}$C) | | | |
| **2.** | Czy u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka? …… | | | |
| **3.** | Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki[1]? | | | |
| **4.** | Czy w przeszłości u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? | | | |

[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.*

| Lp. | Pytania dotyczące stanu zdrowia | Tak[a] | Nie | Nie wiem[a] |
|---|---|---|---|---|
| **5.** | Czy u osoby poddawanej szczepieniu występuje zaostrzenie choroby przewlekłej? | | | |
| **6.** | Czy osoba poddawana szczepieniu otrzymuje 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 osoba poddawana szczepieniu choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? | | | |
| **8.** | Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? | | | |
| **9.** | (tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu jest w ciąży? | | | |
| **10.** | (tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu karmi dziecko piersią? | | | |

a) 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. **Kwalifikację do szczepienia osób w wieku do 15 lat prowadzi lekarz**.

| Pytania w miejscu szczepienia | | Tak | Nie |
|---|---|---|---|
| **1.** | Czy są wątpliwości do zadanych pytań? | | |
| **2.** | Czy uzyskano 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 lat)**

**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)