

Nazwisko Imię

PESEL Zawód

Miejsce pracy

Wywiad przesiewowy przed szczepieniem osób dorosłych

Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy Pani/Pana szczepić. Konieczne może być natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumie Pani/Pan pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.

	Tak	Nie	Nie wiem
1. Czy jest Pan/Pani dziś chory/a? (gorączka, aktywna infekcja)	☐	☐	☐
2. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, szczepionki lub lateks?	☐	☐	☐
3. Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/Pani ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?	☐	☐	☐
4. Czy choruje Pan/Pani przewlekłe na chorobę serca, astmę lub inną chorobę płuc, nerek, chorobę metaboliczną (np. cukrzycę), niedokrwistość lub inną chorobę krwi?	☐	☐	☐
5. Czy choruje Pan/Pani na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego ?	☐	☐	☐
6. Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie otrzymuje kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encorton, Encorton, hydrokortyzon, Metypred itp.), leki cytostatyczne, radioterapię lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?	☐	☐	☐
7. Czy w ciągu minionego roku otrzymał/a Pan/Pani preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), immunoglobulinę (gammaglobulinę) lub lek przeciwwirusowy?	☐	☐	☐
8. Czy jest Pani w ciąży lub istnieje prawdopodobieństwo, że będzie Pani w ciąży najbliższego miesiąca?	☐	☐	☐
9. Czy karmi Pani piersią?	☐	☐	☐

Zgoda na szczepienie oraz na przetwarzanie i udostępnianie danych

Niniejszym wyrażam dobrowolnie świadomą zgodę na szczepienie przeciwko COVID-19. Znane są mi zasady i terminy realizacji szczepień, ich celowość, działanie oraz ewentualne powikłania i następstwa. Oświadczam, że nie zataiłem(łam) żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia czy przyjmowanych lekach.

I dawka czytelny podpis pacjenta:

II dawka czytelny podpis pacjenta:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska i numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego oraz informacji o miejscu pracy, przez Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....
Data, czytelny podpis pacjenta

Szpital Powiatowy
im. Alfreda Sokołowskiego
w Złotowie
ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów

Nazwisko i imię

PESEL

Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym (I dawka)

W wyniku przeprowadzonego w dniu o godz. lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że u w/w Pacjenta:

- ☐ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia dobrowolnego szczepienia ochronnego przeciw COVID-19 w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego.
- ☐ stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia dobrowolnego szczepienia ochronnego przeciw COVID-19, dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia, zalecono kontakt z lekarzem POZ.

Złotów,

.....
pieczętka i podpis lekarza

Potwierdzenie wykonania dobrowolnego szczepienia przeciw COVID-19 (I dawka)

Data i godzina	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Pieczętka i podpis osoby wykonującej szczepienie

Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym (II dawka)

W wyniku przeprowadzonego w dniu o godz. lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że u w/w Pacjenta:

- ☐ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia dobrowolnego szczepienia ochronnego przeciw COVID-19 w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego.
- ☐ stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia dobrowolnego szczepienia ochronnego przeciw COVID-19, dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia, zalecono kontakt z lekarzem POZ.

Złotów,

.....
pieczętka i podpis lekarza

Potwierdzenie wykonania dobrowolnego szczepienia przeciw COVID-19 (II dawka)

Data i godzina	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Pieczętka i podpis osoby wykonującej szczepienie