Nazwisko i imię……

PESEL …… tel. kontaktowy ……..

Inne (np. adres mailowy) ……

Wywiad przesiewowy przed szczepieniem osób dorosłych przeciw COVID-19

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą kwalifikacyjną do szczepienia. Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować, czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Jeżeli nie rozumie Pani/Pan pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego realizującego szczepienie.

Lp.	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.

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	TAK	NIE	NIE WIEM
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrzenie) 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 substancje1?			
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.	Czy jest Pani w ciąży? Czy karmi Pani dziecko piersią?			
9.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Czy którekolwiek z pytań było niejasne?			

Odpowiedź „TAK" lub „NIE WIEM" na jakiekolwiek 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.

Formularz wypełniony przez: …… Data: ……

Formularz sprawdzony przez: …… Data: ……

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

Nazwisko i imię ……

PESEL ……

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie i udostępnianie danych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w szczególności: imienia, nazwiska i numeru PESEL, numeru telefonu, 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. Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dla uczestników programu szczepień przeciwko COVID-19.

……

Data, czytelny podpis pacjenta

Zgoda na szczepienie

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

……

Data, czytelny podpis pacjenta

Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym

W wyniku przeprowadzonego 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/specjalistą.

Złotów, …… ……

pieczątka i podpis lekarza

Potwierdzenie wykonania dobrowolnego szczepienia przeciw COVID-19 (……. dawka)

Data	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Pieczątka i podpis osoby wykonującej szczepienie
	Comirnaty ……		

Planowana data następnej dawki …… (wypełnić jeśli dotyczy)