

### Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL lub seria i nr paszportu: .....

### Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej 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 3 miesięcy 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 dorosłej 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> ?			

<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>
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 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>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?		

Czytelny podpis osoby szczepionej: .....

Data: ...../godz. ....

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:.....

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



## Ankieta wywiadu epidemiologicznego w kierunku podejrzenia infekcji koronawirusem SARS-CoV-2

Proszę wypełnić drukowanymi literami

### Dane osobowe pacjenta:

Imię, nazwisko .....

Pesel.....

Adres zamieszkania / pobytu .....

Telefon kontaktowy ..... Adres e-mail.....

### 1. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin ma Pani/Pan objawy:

Gorączka powyżej >38°C	Tak	Nie
Kaszel	Tak	Nie
Duszność	Tak	Nie
Utrata smaku lub węchu	Tak	Nie
Oslabienie, bóle mięśniowe	Tak	Nie

### 2. Czy w okresie ostatnich 10dni miał/a Pani/ Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 lub która objęta jest izolacją domową?

Tak	Nie
-----	-----

### 3. Czy przebywa Pani/Pan na izolacji/kwarantannie?

Tak	Nie
-----	-----

Wyrażam zgodę na podanie danych. Oświadczam, że wszystkie powyższe dane podałem/podałam zgodnie ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/ świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 kk za podanie danych niezgodnych z prawdą.

.....  
**Czytelny podpis pacjenta**

### Karta badania pielęgniarzkiego / ratownika medycznego

Temperatura.....°C    Liczba oddechów...../min    SpO2.....%

### **Weryfikacja pacjenta**

<b>TAK (czysty)</b>	wydać ulotkę informacyjną nr 2 (A1)
<b>NIE</b>	wdrożyć algorytm triaż w szpitalu niezakaźnym (A2, B1 lub B2)

Złotów, dnia..... godzina.....

.....  
pieczętka i podpis badającego