

### 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 <sup>a</sup> | Nie | Nie wiem <sup>a</sup> |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----|-----------------------|
| 1.  | Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj chora? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: .....°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?<br>..... |                  |     |                       |
| 3.  | Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbitat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki <sup>1</sup> ?                            |                  |     |                       |
| 4.  | Czy w przeszłości u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?                  |                  |     |                       |

<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> |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----|-----------------------|
| 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)

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez - **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie, ul. Szpitalna 10; 64-400 Międzychód** (do uzupełnienia- *nazwa podmiotu, w którym składane jest oświadczenie* - do uzupełnienia przez podmiot, w którym składane jest oświadczenie) 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).

Imię

Nazwisko

PESEL