

## KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA PACJENTÓW 0-18 LAT

Imię i nazwisko pacjenta ..... Wiek .....

Data urodzenia ..... Nr PESEL .....

Rodzaj szczepienia .....

Poinformowano o ilości dawek szczepionki ..... TAK NIE

### *Dla pacjenta*

*Odpowiedzi na poniższe pytania pozwolą nam zdecydować, które szczepienia w dniu dzisiejszym/ w ciągu najbliższych 24 godzin będzie można wykonać u Pana/ Pani dziecka.*

1) Czy dziecko wg Pana/Pani jest dziś chore?

..... TAK NIE NIE WIEM

2) Czy przebył/-a Pan/Pani w ostatnim czasie jakąś infekcję?

..... TAK NIE NIE WIEM

3) Czy dziecko jest uczulone na leki (np. neomycynę, gentamycynę, polimiksynę B, streptomycynę), szczepionki, pokarmy (np. białko jaja kurzego, białko kurczaka, żelatynę, drożdże), inne substancje (np. formaldehyd, lateks, tiomersal).

..... TAK NIE NIE WIEM

4) Czy wystąpiła kiedykolwiek u dziecka ciężka reakcja niepożądana po szczepieniu?

..... TAK NIE NIE WIEM

5) Czy dziecko jest odczulane?

..... TAK NIE NIE WIEM

6) Czy dziecko choruje przewlekle (np. na choroby serca, płuc, choroby metaboliczne choroby wątroby, tarczycy, nerek oraz czy ma zaburzenia krzepnięcia i choroby krwi)

..... TAK NIE NIE WIEM

7) Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy/ białaczkę/ chłoniaka, AIDS (zak. HIV), lub inne (np. wrodzone) choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?

..... TAK NIE NIE WIEM

8) Czy dziecko otrzymuje / otrzymywał/-o prednizon, kortyzon lub inny kortykosteroid leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyki), radioterapię (napromienianie), leki biologiczne (np. z powodu zapalenia stawów/ nieswoistego zapalenia jelit)?

..... TAK NIE NIE WIEM

9) Czy u dziecka występowały drgawki oraz zaburzenia ze strony ośrodkowego układu nerwowego ( np. zaburzenia świadomości/ utrata przytomności/ niedowład lub paraliż)

..... TAK NIE NIE WIEM

10) Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymał/-o krew lub preparaty krwi lub aktualnie przyjmuje lek przeciwwirusowy?

..... TAK NIE NIE WIEM

11) Czy dziecko otrzymał/-o jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?

..... TAK NIE NIE WIEM

*\*Opracowano wg Immunization Action Coalition: Screening questionnaire for adult immunization 2011, Medycyna Praktyczna Kraków 2012r,*

### ORZECZENIE LEKARSKIE

Pacjent /-tka

Zakwalifikowany/a do szczepienia TAK NIE

Stwierdza się przeciwwskazania. TAK NIE

Nazwa szczepionki .....

Data następnego szczepienia .....

Data ..... Godz .....

Podpis i pieczęć lekarza .....

**Ze względu na własne bezpieczeństwo Pacjent powinien pozostać w Przychodni przez 30 minut po wykonaniu szczepienia.**

Potwierdzam, że miałem/ -am możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących sposobu wykonania usługi/ jej celowości/ ewentualnych groźących powikłań i uzyskałem /-am wyczerpujące, zrozumiałe, satysfakcjonujące odpowiedzi. Zostałem poinformowany/-ana o cenie szczepionki:.....

Potwierdzam zgodność i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia.

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego .....

Data i podpis opiekuna .....