

pieczętka świadczeniodawcy

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL lub seria i nr paszportu

Telefon kontaktowy

Wiek

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciwko grypie

Kwestionariusz warto wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień

Odpowiedź na powyższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można Panią/Pana bezpiecznie zaszczepić przeciw grypie.

W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie.

Lp.	Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19	TAK	NIE
1.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku zakażenia SARS-CoV-2?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/ miał Pan bliski kontakt lub mieszkał z osobą, która miała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt. 3-5)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub czucia smaku lub obfite nocne poty?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw grypie odróżnione. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień telefonicznie.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciwko grypie

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	TAK ^a	NIE	NIE WIEM ^a
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu, w tym przeciw grypie? Jeśli tak, jaka?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie jaja (albumina jaja kurzego, białko kurze), neomycnę, formaldehyd, octoxynol-9 lub na inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po szczepieniu, pokarmie, podaniu leku lub ukąszenia owada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Czy aktualnie ma Pani/Pan zaostrzenie choroby przewlekłej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Czy Pani/Pana choroba (np. zakażeniem HIV, białaczka, rak, brak śledziony) lub przyjmowane leki obniżają odporność? Np. immunosupresyjne, kortykosteroidy, cytostatyki, leki przeciwko odrzuceniu przeszczepu, radioterapia (napromieniowanie) lub leczenie biologiczne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹ Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko grypie można znaleźć w Ulotce dla pacjenta dostępnej na stronie. Ulotkę udostępni również personel realizujący szczepienia.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw grypie c.d.

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	TAKa	NIE	NIE WIEMa
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Czy była Pani/Pan kiedykolwiek szczepiona przeciwko grypie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Czy kiedykolwiek Pani/Pan straciła/stracił przytomność po szczepieniu lub innej procedurze medycznej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

a Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia.
Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczące stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza.

Oświadczenie

Oświadczam, że wypełniłam/em kwestionariusz zgodnie z najlepszą wiedzą i dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw grypie. Potwierdza, że zostały mi przekazane wystarczające informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/ zrozumiałem. Otrzymałam/em odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/em udzielone mi odpowiedzi.

.....
Data i czytelny podpis

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

.....
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

.....
Data / godzina

Informacje o szczepieniu

Nazwa szczepionki/wytwórcy **Vaxigrip tetra 0,5 ml.**

Miejsce iniekcji: **Prawe ramię** **Lewe ramię**

Notatnik:
.....
.....