I. WYWIAD LEKARSKI PRZED SZCZEPIENIEM PACJENCI W WIEKU 0-18 LAT *(Wypełnia rodzic/opiekun prawny dziecka/osoba upoważniona przez wymienione osoby)*

……

Imię i nazwisko pacjenta

……

Data urodzenia

1. Czy u dziecka było wykonane szczepienie w ostatnich 4 tygodniach ? tak nie
   Jeśli TAK – proszę podać datę ……
2. Czy u dziecka występowały niepożądane odczyny poszczepienne ? tak nie
   Jeśli TAK – proszę podać jakie ? Po której szczepionce ?
   ……..
3. Czy dziecko jest uczulone na leki, szczepionki, pokarmy (np. białko jaja kurzego, produkty mleczne , inne ?) ?
   tak nie
   Jeśli TAK – proszę podać na jakie ? ……
4. Czy dziecko ma aktualnie jakiekolwiek objawy chorobowe (gorączka, kaszel, wymioty, biegunka, inne ?) ?
   tak nie
   Jeśli TAK – proszę podać jakie?..... ……
5. Czy dziecko było chore w okresie ostatnich 4 tygodni ? ? tak nie
   Jeśli TAK – na co ? Jak było leczone …… ……
6. Czy dziecko choruje na chorobę przewlekłą ? (serca, płuca, nerek, przewodu pokarmowego, krwi, metaboliczna np. cukrzycę) ? tak nie
   Jeśli TAK – jaką ? ……
7. Czy dziecko otrzymuje aktualnie leki ? ? tak nie
   Jeśli TAK – jakie ? ……
8. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, AIDS lub inne choroby układu odpornościowego ? tak nie
   Jeśli TAK – jaką ? ……
9. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy było leczone w związku z nowotworem złośliwym (cytostatyki) lub poddane radioterapii (napromienianiu) ? tak nie
   Jeśli TAK – jakie leki ? kiedy ?.....
10. Czy dziecko w ciągu 3 miesięcy było leczone sterydami (doustnie, domięśniowo, dożylnie np. kortyzon, prednizon, hydrokortyzon, encorton) ? tak nie
    Jeśli TAK – jakie leki ? kiedy ?.....
11. Czy dziecko w ciągu minionego roku otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) albo immununoglobulinę ? tak nie
    Jeśli TAK – jaki? ……

12. Czy dziecko było/ jest odczulane ? tak nie
    Jeśli TAK –jakim lekiem ? kiedy ?.....
13. Czy u dziecka występowały drgawki lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata świadomości, niedowład, paraliż? ?
    tak nie
    Jeśli TAK – jakie, kiedy ?.....
14. Czy dziewczynka/ nastolatka jest w ciąży ?
    tak nie
15. **Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał ktoś z otoczenia dziecka za granica ?**
    tak nie
16. **Czy w okresie ostatnich 14 dni miała/miał Pani/Pan lub ktoś z otoczenia dziecka kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie koronawirusem Sars CoV2 ?**
    tak nie
17. **Czy Pan(i) lub ktokolwiek z członków rodziny/ otoczenia dziecka jest objęty kwarantanną ?**
    tak nie
18. **Czy w domu znajduje się osoba poddana izolacji ?**
    tak nie
19. **Czy u Pana (i) lub innej osoby z otoczenia dziecka przebywającej w tum samym gospodarstwie domowym występują objawy infekcji (kaszel, gorączka, duszność, ból brzucha, zaburzenia smaku i węchu?**
    tak nie

Wywiad dokonany na podstawie rozmowy telefonicznej z rodzicem pacjenta w dniu……

Michałowice, data ……. ……
*Podpis rodzica/opiekuna prawnego *)*

II. OŚWIADCZENIE

(RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA/OSOBY UPOWAŻNIONEJ PRZEZ WYMIENIONE OSOBY)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia …….

u Pani/a……
Imię i nazwisko pacjenta

oraz że poinformowano mnie o :
- możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepieniennych,
- konieczności pozostania dziecka na terenie przychodni co najmniej przez 20-30 min.
- o ryzyku dla płodu, w przypadku zajścia w ciążę w okresie 4 tyg. po wykonaniu szczepienia (dotyczy wybranych szczepionek u dziewcząt),
- o kolejnych szczepieniach dziecka (obowiązkowych i zalecanych).

Michałowice, data ……. ……
Podpis rodzica/opiekuna prawnego *)

III. ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM BADANIU LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM

W wyniku przeprowadzanego badania w dniu …… o godzinie ……
lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że
u Pani /a ……..
Urodzonego/ej w dniu ……..

- Stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw: …… **w okresie do 24 godzin od przeprowadzonego badania kwalifikacyjnego.**
- Stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw : …… dając podstawę od odroczenia szczepienia do dnia ……
- Stwierdzając przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego, dając podstawy do długotrwałego odroczenia wykonania szczepienia i skierowania na konsultację specjalistyczną do poradni ……

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA ……..

Wyrażam zgodę na w/w szczepienie ……

Podpis lekarza

***) niepotrzebne skreślić**