

## Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem dzieci i młodzieży

Dla rodziców/opiekunów dziecka: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można wykonać u Państwa dziecka w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że dziecka nie należy szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumieją Państwo pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.

**1. Czy dziecko jest dziś chore?\***

♦ TAK   ♦ NIE   ♦ NIE WIEM

**2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?\***

♦ TAK   ♦ NIE   ♦ NIE WIEM

**3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?\***

♦ TAK   ♦ NIE   ♦ NIE WIEM

**4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę)? Czy dziecko jest leczone przewlekłe kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)?\***

♦ TAK   ♦ NIE   ♦ NIE WIEM

**5. Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki? Czy u dziecka występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?\***

♦ TAK   ♦ NIE   ♦ NIE WIEM

**6. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagłe niewyjaśnione zgony z powodu zakażeń?\***

♦ TAK   ♦ NIE   ♦ NIE WIEM

**7. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi), poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczeniu biologicznemu (lekami immunologicznymi, np. z powodu zapalenia stawów lub nieswoistego zapalenia jelit)?\***

♦ TAK   ♦ NIE   ♦ NIE WIEM

**8. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub otrzymuje lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?\***

♦ TAK   ♦ NIE   ♦ NIE WIEM

**9. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?\***

♦ TAK   ♦ NIE   ♦ NIE WIEM

**10. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?\***

♦ TAK   ♦ NIE   ♦ NIE WIEM

## ZGODA NA WYKONANIE SZCZEPIENIA ZALECANEGO/OCHRONNEGO

Zostałam(em) poinformowana(y) o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia oraz możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia oraz o postępowaniu po wykonaniu czynności leczniczej.

Udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego dotyczącego aktualnego stanu zdrowia małoletniego, przyjmowanych przez niego leków oraz przebytych urazów i zabiegów. Udzieliłam(em) również informacji na temat znanych mi przeciwwskazań do wykonania szczepienia u małoletniego.

Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania profilaktycznego. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam w imieniu małoletniego świadomą zgodę na wykonanie szczepienia.

.....  
Data

.....  
Podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna faktycznego

.....