

Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osób dorosłych

Dla pacjenta: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy Pani/Pana szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Indywidualną decyzję o szczepieniu podejmuje lekarz.

Анкета скринінгового опитування перед вакцинацією дорослих

Для пацієнта: Відповіді на наведені нижче запитання допоможуть нам визначити, які щеплення можна зробити вам сьогодні. Відповідь «так» на будь-яке з питань не означає автоматично, що вас не можна вакцинувати. Однак може виникнути необхідність у додаткових запитаннях. Індивідуальне рішення про вакцинацію приймає лікар.

Zaznacz X / Позначте X

Pytanie / Питання	Tak / Так	Nie / Ні	Nie wiem / Не знаю
Czy jest Pan/Pani dziś chory/a? / Ви сьогодні хворієте?			
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks? / Ви маєте алергію на ліки, їжу, якісь вакцини або латекс?			
Czy wystąpiła u Pana/Pani kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu? / У Вас коли-небудь була сильна негативна реакція після вакцинації?			
Czy choruje Pan/Pani przewlekle na chorobę serca, astmę lub inne choroby? / Ви маєте хронічні захворювання серця, астму або інші хвороби?			
Czy choruje Pan/Pani na nowotwór, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego? / Ви маєте рак, лейкемію, СНІД або інші захворювання імунної системи?			
Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy kortykosteroidy, leki przeciwnowotworowe? / Ви отримували за останні 3 місяці кортикостероїди, протипухлинні препарати?			
Czy występowały u Pana/Pani drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub układu nerwowego? / У Вас були судоми, розлади мозку або нервової системи?			
Czy w ciągu minionego roku otrzymał/a Pan/Pani krew lub preparat krwi, immunoglobulinę lub lek przeciwwirusowy? / Ви отримували протягом останнього року кров або імуноглобуліну?			
Czy otrzymał/a Pan/Pani jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni? / Ви отримували будь-яку вакцину протягом останніх 4 тижнів?			
(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży lub istnieje szansa, że będzie Pani w ciąży najbliższego miesiąca? / (тільки для жінок) Ви вагітна або є ймовірність вагітності протягом наступного місяця?			

Czy ma Pan/Pani ze sobą książeczkę szczepień (lub kartę uodpornienia)?
Чи маєте Ви з собою щеплювальний паспорт (або карту імунізації)?

Tak / Так [] Nie / Ні []

Imię i nazwisko / Ім'я та прізвище: _____

Data urodzenia / Дата народження: ___/___/_____

Preparat szczepionki / препарат вакцини: _____

----- WYPEŁNIA LEKARZ / Заповнює лікар -----

Zakwalifikowano do szczepienia / Zdyskwalifikowano ze szczepienia

Data _____

Піczęтка, podpis _____