

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

Відповіді на наведені нижче запитання допоможуть нам визначити, які щеплення можна виконати Вашій дитині сьогодні. Відповідь «так» на будь-яке з цих питань не означає автоматично, що Вашій дитині не можна робити щеплення. Однак необхідно буде поставити додаткові запитання. Остаточне рішення про щеплення приймає лікар індивідуально.

Pytanie (PL) / Питання (UA)	Tak (Так)	Nie (Ні)	Nie wiem (Не знаю)
Czy dziecko jest dziś chore? <i>Чи дитина сьогодні хвора?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks? <i>Чи є у дитини алергія на ліки, продукти, вакцини або латекс?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu? <i>Чи мала дитина коли-небудь важку реакцію після щеплення?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotyczy dzieci młodszych niż 6 miesięcy: Czy u niemowlęcia kiedykolwiek wystąpiło wglóbenie jelita? <i>Стосується дітей молодше 6 місяців: чи спостерігалася у дитини коли-небудь інвагінація кишківника?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy u dziecka występują lub występowały problemy z krzepnięciem krwi (mała liczba płytek krwi)? <i>Чи є або були у дитини проблеми зі згортанням крові (низький рівень тромбоцитів)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki lub inne problemy neurologiczne? <i>Чи були у дитини, її братів/сестер чи батьків судоми або інші неврологічні розлади?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy dziecko choruje na nowotwór, AIDS lub inne choroby układu odpornościowego? <i>Чи хвора дитина на онкологічні захворювання, СНІД або інші захворювання імунної системи?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy dziecko w ciągu ostatnich 3 miesięcy było leczone kortykosteroidami, chemioterapią lub radioterapią? <i>Чи отримувала дитина за останні 3 місяці лікування кортикостероїдами, хіміотерапією або променевою терапією?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy w ciągu ostatniego roku dziecko otrzymało krew lub preparaty krwi (np. immunoglobulinę)? <i>Чи отримувала дитина за останній рік кров або препарати крові (наприклад, імуноглобулін)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy dziecko aktualnie otrzymuje leczenie przeciwwirusowe lub otrzymywało je w ciągu ostatnich 24 godzin? <i>Чи отримує дитина зараз протівірусні препарати або отримувала їх протягом останніх 24 годин?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub może zejść w ciążę w ciągu miesiąca? <i>Чи вагітна дівчинка/підліток або чи є ризик вагітності впродовж найближчого місяця?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni? <i>Чи отримувала дитина будь-яке щеплення протягом останніх 4 тижнів?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy ma Pan/Pani ze sobą książeczkę szczepień (lub kartę uodpornienia)?

Чи маєте Ви з собою щеплювальний паспорт (або карту імунізації)? Так / 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 _____

Pieczętka, podpis _____