

Wywiad przesiewowy przed szczepieniem niemowląt i dzieci starszych – lista pytań^{a,b}

Imię i nazwisko dziecka: Data urodzenia:

Czas trwania ciąży (w tyg. wg Książeczki zdrowia dziecka):

UWAGA DLA RODZICA/OPIEKUNA: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można dzisiaj wykonać u dziecka. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy dziecka szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań przez lekarza. Jeżeli nie rozumie Pani/Pan pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie personel medyczny.

PYTANIA PRZESIEWOWE	NIE	TAK	NIE WIEM
1. Czy dziecko wydaje się dziś chore (<i>nowe objawy, zaostrzenie choroby przewlekłej, stwierdzone wady wrodzone</i>)?			
2. Czy wiadomo, że dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks? Czy u dziecka wystąpił kiedyś wstrząs anafilaktyczny lub inna ciężka reakcja alergiczna (<i>obrzęk twarzy, krtani, duszność ze świsłami</i>)?			
3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka lub inna niepokojąca reakcja po szczepieniu?			
4. Czy u niemowlęcia kiedykolwiek lekarz rozpoznał wgłobienie jelita (<i>zablokowanie, niedrożność</i>)?			
5. Czy u dziecka występują lub występowały problemy z krzepnięciem krwi (<i>mała liczba płytek krwi, hemofilia</i>) lub aktualnie przyjmuje leki przeciwkrzepliwe?			
6. 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 (<i>np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe</i>)?			
7. Czy u dziecka kiedykolwiek rozpoznano nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? Czy u rodziców lub rodzeństwa dziecka rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub w rodzinie wystąpiły nagłe zgony z powodu ciężkich zakażeń? Czy kiedykolwiek przeszczepiono dziecku narząd lub szpik kostny?			
8. Czy dziecko w ciągu minionych 6 mies. leczono prednizonem lub innym kortykosteroidem (<i>deksametazonem, kortyzonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.</i>), lekami przeciw nowotworom złośliwym, poddawano radioterapii (<i>napromienianiu</i>) lub leczono z powodu młodzieńczego zapalenia stawów (lub innych chorób tkanki łącznej), nieswoistego zapalenia jelita (<i>choroba Leśniowskiego i Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita</i>), łuszczycy lub stwardnienia rozsianego? Czy dziecku przeszczepiono narząd lub szpik kostny?			
9. Czy mama niemowlęcia otrzymywała w ciąży silne leki osłabiające odporność (<i>takie jak: infliksymab, adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, anakinra, tocylizumab, rytuksymab</i>)? Czy mama otrzymywała/otrzymuje takie leki w okresie karmienia piersią?			
10. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (<i>np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi</i>) lub immunoglobulinę (<i>gammaglobulinę</i>)?			
11. Czy dziecko aktualnie jest leczone lekiem przeciwwirusowym (<i>z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca</i>) lub otrzymywało go w ciągu minionych 24 godzin? Czy dziecko aktualnie otrzymuje antybiotyk lub otrzymywało go w ciągu minionych 14 dni?			
12. Czy u dziecka kiedykolwiek rozpoznano zapalenie mięśnia sercowego lub osierdzia, lub po zachorowaniu na COVID-19 wystąpił wieloukładowy zespół zapalny dzieci (<i>MIS-C, PIMS</i>)?			
13. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?			
14. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?			
15. Czy dziecko kiedykolwiek miało zawroty głowy lub zasłabło przed szczepieniem, w jego trakcie lub po szczepieniu?			

^a zmodyfikowano i zaktualizowano na podstawie: „Zasady kwalifikacji do szczepienia dzieci i młodzieży. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Wakcynologii”, Med. Prakt. Szczepienia WS 1/2020 oraz Immunization Action Coalition: Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens (immunize.org/wp-content/uploads/catg.d/p4060.pdf; wrzesień 2024)

^b odpowiedź NIE na wszystkie pytania wskazuje na brak przeciwwskazań do szczepienia; odpowiedź TAK lub NIE WIEM przynajmniej na 1 pytanie wskazuje na konieczność pogłębienia wywiadu przed podjęciem decyzji o kwalifikacji do szczepienia (p. tekst)

Formularz wypełniony przez: Data:

Stopień pokrewieństwa z dzieckiem: mama / tata / inny (proszę wpisać jaki)

Formularz sprawdzony przez: Data: