

Wywiad przesiewowy przed szczepieniem osób dorosłych – lista pytań^{a,b}

Imię i nazwisko: Data urodzenia:

UWAGA DLA PACJENTA: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można dzisiaj u Pani/Pana wykonać. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy wykonać szczepienia. 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 czuje się/jest Pani/Pan dziś chora(-y) (nowe objawy, zaostrzenie choroby przewlekłej)?			
2. Czy jest Pani/Pan uczulona(-y) na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks? Czy wystąpił kiedyś u Pani/Pana wstrząs anafilaktyczny lub inna ciężka reakcja alergiczna (obrzęk twarzy, krtani, duszność)?			
3. Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka lub inna niepokojąca reakcja po szczepieniu?			
4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpił u Pani/Pana półpasiec oczny (zmiany skórne [pęcherzyki, grudki, nadżerki, strupki] zlokalizowane na skórze w okolicy czoła, grzbietu nosa, powieki górnej lub na oku)?			
5. Czy występują lub występowały u Pani/Pana problemy z krzepnięciem krwi (mała liczba płytek krwi, hemofilia) lub aktualnie przyjmuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwe?			
6. Czy występowały lub występują u Pani/Pana zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. drgawki, padaczka, zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż)?			
7. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pani/Pana nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego, np. niedobór odporności)? Czy kiedykolwiek przeszczepiono Pani/Panu narząd lub szpik kostny?			
8. Czy w ciągu minionych 6 mies. leczono Panią/Pana prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, kortyzonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym, poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczono z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów (lub innych chorób tkanki łącznej [np. toczeń układowy]), nieswoistego zapalenia jelita (choroba Leśniowskiego i Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita), łuszczycy lub stwardnienia rozsianego?			
9. Czy w ciągu minionego roku podano Pani/Panu krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) lub immunoglobulinę (gammaglobulinę)?			
10. Czy aktualnie jest Pani/Pan leczona(-y) lekiem przeciwwirusowym (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca) lub podawano go w ciągu minionych 24 godzin? Czy Pani/Pan aktualnie otrzymuje antybiotyk lub otrzymywał(a) go w ciągu minionych 14 dni?			
11. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pani/Pana zapalenie mięśnia sercowego lub osierdzia, lub po zachorowaniu na COVID-19 wystąpił wieloukładowy zespół zapalny (MIS)?			
12. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana zawroty głowy lub zasłabnięcie (omdlenie) przed szczepieniem, w jego trakcie lub po szczepieniu? Czy odczuwa Pani/Pan paniczny lęk przed zastrzykiem lub pobraniem krwi?			
13. Czy podano Pani/Panu jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?			
14. Czy jest Pani w ciąży lub prawdopodobne jest, że będzie Pani w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?			

^a zmodyfikowano na podstawie: Immunization Action Coalition: Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Adults. <https://www.immunize.org/wp-content/uploads/catg.d/p4065.pdf> (lipiec 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

Formularz wypełniony przez: Data:

Jeśli inna osoba niż pacjent, stopień pokrewieństwa z pacjentem (proszę wpisać jaki):

Formularz sprawdzony przez: Data:

