



“Arte-medica” | ul. Zambrowska 36 | 16-001 Kleosin  
tel. +48 85 717 03 97 | www.artemedica.pl

.....  
Imię i nazwisko dziecka , data urodzenia dziecka

.....  
Dzisiejsza data

### Kwestionariusz badania przesiewowego przed szczepieniem dzieci i młodzieży

*Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można wykonać u Państwa dziecka w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na którekolwiek z poniższych pytań nie oznacza od razu, że nie należy wykonywać szczepienia. Konieczne natomiast będzie zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli którekolwiek pytanie sprawia Państwu problem, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.*

1. Czy dziecko według Pani/Pana jest dziś chore (ma objawy infekcji, np. kaszel, gorączkę)?

TAK NIE NIE WIEM

2. Czy dziecko ma potwierdzoną alergię na leki, pokarmy lub jakieś szczepionki?

TAK NIE NIE WIEM

3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek poważna reakcja na szczepienie (m.in. wstrząs, drgawki, utrata przytomności)?

TAK NIE NIE WIEM

4. Czy dziecko ma rozpoznaną astmę lub inną chorobę płuc, choroby serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę)?

TAK NIE NIE WIEM

5. Czy u dziecka występowały drgawki 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 (np. raka), białaczkę, AIDS lub inne choroby układu odpornościowego?

TAK NIE NIE WIEM

7. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innymi kortykosteroidami (np. Encotronem, hydrokortyzonem), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi) lub poddawano radioterapii?

TAK NIE NIE WIEM

8. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. Osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) albo lek nazywany immunoglobuliną (Gamma-globuliną)?

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

11. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni dziecko miało kontakt z jakąkolwiek chorobą zakaźną?

TAK NIE NIE WIEM

.....  
Formularz wypełniony przez (podpis opiekuna)

Wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka szczepienia .....

.....  
(Podpis opiekuna)

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwych działaniach niepożądanych szczepionki/ek oraz zostałam poinformowana/y o szczepieniach obowiązkowych I zalecanych

.....  
(Podpis opiekuna)

Oświadczam, iż dziecko, rodzic, opiekun lub inny domownik:

- nie ma objawów takich jak: gorączka, kaszel, duszność, biegunka, utrata węchu I smaku o nagłym początku
- nie miał w ciągu ostatnich 14 dni kontaktu z osobą przebywającą na kwarantannie lub w izolacji domowej z powodu COVID-19

.....  
(Podpis opiekuna)

Oświadczam, że szczepionkę ..... przechowywałam/em w warunkach chłodniczych, zgodnie z zaleceniami producenta szczepionki.

.....  
(Podpis opiekuna)