

ANKIETA PRZED SZCZEPIENIEM – KWALIFIKACYJNE BADANIE LEKARSKIE

SZCZEPIENIE NALEŻY WYKONAĆ W TYM SAMYM DNIU (NIE PÓŹNIEJ NIŻ 24 GODZINY) PO LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM DOKONANYM PRZEZ UPRAWNIONEGO LEKARZA

Imię i nazwisko pacjenta:

Wiek:

Data urodzenia:

PESEL:

Lp.	Wywiad medyczny: Jeśli TAK, dodaj opis	TAK	NIE	NIE WIEM
1	Czy dziecko jest dziś chore?			
2	Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks lub czy dziecko jest w trakcie odczulania?			
3	Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?			
4	Dotyczy dzieci młodszych niż 6 miesięcy: Czy u niemowlęcia kiedykolwiek wystąpiło wglóbiecie (zablokowanie, niedrożność) jelita?			
5	Czy u dziecka występują lub występowały problemy z krzepnięciem krwi (mała liczba płytek krwi)?			
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 (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?			
7	Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagłe zgony z powodu zakażeń?			
8	Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, kortyzonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym, poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczono z powodu idiopatycznego(młodzieńczego) zapalenia stawów (lub innych chorób tkanki łącznej), nieswoistego zapalenia jelita (choroba Crohna) lub łuszczycy?			
9	Czy dziecko choruje na chorobą przewlekłą, przyjmuje leki na stałe?			
10	Czy dziecko w przeciągu ostatnich 3 miesięcy przebywało w szpitalu?			
11	Czy dziecko choruje na astmę/ zapalenie oskrzeli/płuc ze „świszczącym oddechem”?			
12	Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) lub lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną)?			
13	Czy dziecko aktualnie jest leczone lekiem przeciwwirusowym (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca) lub otrzymywało go w ciągu minionych 24 godzin?			
14	Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?.....			
15	Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?			

ANKIETA PRZED SZCZEPIENIEM – KWALIFIKACYJNE BADANIE LEKARSKIE

INFORMACJE DOTYCZĄCE POPRZEDNIEGO SZCZEPIENIA

Data poprzedniego szczepienia:	
Nazwa szczepionki:	
Dawka:	

INFORMACJE NT. DOKUMENTACJI

Rodzic przedstawił dokumentację nt. szczepień:

Karta uodpornienia: TAK NIE Książeczka zdrowia dziecka: TAK NIE

ORZECZENIE LEKARSKIE (ZLECENIE WYKONANIA SZCZEPIENIA PRZEZ PIELEŃNIARKĘ)

Dziecko może być szczepione: TAK NIE

Lp.	Rodzaj i nazwa szczepionki	Dawka (ml)	Droga podania	Płatna/ NFZ
1				
2				
3				
4				

Termin następnego szczepienia

Data, godzina

Podpis i pieczęć lekarza

OŚWIADCZENIE RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO/ OSOBY UPOWAŻNIONEJ PRZEZ WYŻEJ WYMIENIONE OSOBY)

Potwierdzam zgodność danych i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia płatną szczepionką/ szczepionką bezpłatną w ramach szczepień obowiązkowych.

Oraz poinformowano mnie o:

- Rodzaju, nazwie szczepionki i ilości dawek
- Rodzaju i terminie realizacji szczepień obowiązkowych, wysokoskojarzonych, zalecanych
- Możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych
- Konieczności pozostania dziecka na terenie przychodni, gdzie wykonano szczepienia co najmniej przez 20 minut
- Ryzyku dla płodu, w przypadku zajścia w ciążę w okresie 4 tygodni po wykonaniu szczepienia (dotyczy wybranych szczepionek u dziewcząt)

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ UIŚCIĆ OPŁATĘ W PRZYPADKU PŁATNEJ SZCZEPIONKI

Niniejszym oświadczam, iż zostałem/am poinformowana, że w przypadku podania szczepionki doustnej CMP nie ponosi odpowiedzialności za nieprawidłowe bądź niedostateczne przyjęcie leku przez pacjenta, w wyniku m.in. zwrócenia/ wyplucia/ ulania z treścią pokarmową lub bez.

Data i podpis Opiekuna prawnego/faktycznego