

KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA

Szanowni Państwo,
w trosce o najlepszą jakość i bezpieczeństwo szczepienia prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania z najwyższą starannością i aktualną wiedzą.

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

**Czy u Pana/Pani były wykonywane szczepienia w ciągu ostatnich 4 tygodni ?
jeśli TAK- proszę podać rodzaj i datę?**

1.Czy ma Pan/Pani aktualnie jakiegokolwiek ostre objawy chorobowe (gorączka, kaszel, wymioty, biegunka, inne?) - jeśli TAK - proszę podać jakie:

2.Czy choruje Pani/Pan na chorobę przewlekłą ? (serca, płuc, nerek, przewodu pokarmowego, krwi, cukrzycę, inne) - jeśli TAK - jaką?

3.Czy przyjmuje Pani/Pan aktualnie leki? - jeśli TAK - jakie?

4.Czy była (był) Pani (Pan) chora/-y lub hospitalizowana/-y w ciągu ostatnich 4 tygodni ? - jeśli TAK - to na co lub z jakiego powodu?

5.Czy miał Pan /Pani w ciągu ostatnich 3 miesięcy przetaczaną krew, podawane immunoglobuliny lub był leczony sterydami (doustnie, domięśniowo, dożylnie - np. encorton, prednizon, hydrokortison) jeśli TAK - to kiedy?

6.Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy (białko jajka kurzego, mleko inne) - jeśli TAK - jakie?

7.Czy był/jest Pan/Pani odczulany/-a w ciągu ostatniego miesiąca ? jeśli TAK - kiedy?

8.Czy u Pana/Pani wystąpiły kiedykolwiek niepożądane odczyny poszczepienne ? jeśli TAK - jakie?

Po której szczepionce?.....

9.Czy jest Pani w ciąży ?

Wrocław, data

Podpis pacjenta

Zostałam (em) poinformowana (y) o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, o **zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia**, możliwości wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego, który może powstać pomimo prawidłowego wykonania szczepienia, o postępowaniu po szczepieniu oraz konieczności pozostania w przychodni ok. 30 min po szczepieniu.

Udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na powyższe pytania/pytanie zadawane mi przez lekarza w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych urazów i zabiegów. Udzieliłam (em) informacji na temat znanych mi przeciwwskazań do wykonania szczepienia u mojego dziecka/ u mnie.*

Oświadczam, że dostarczony przeze mnie produkt leczniczy:

.....
był transportowany i przechowywany zgodnie z zaleceniami producenta.**

Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i **WYRAŻAM świadomą zgodę / NIE WYRAŻAM ZGODY na wykonanie szczepienia.***

.....
Data i podpis pacjenta/rodzica/przedstawiciela ustawowego