

KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA PACJENTA W WIEKU 0 - 18 LAT

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

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Czy u dziecka były wykonywane szczepienia w ciągu ostatnich 4 tygodni ?

jeśli TAK - proszę podać rodzaj i datę?.....

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

2.Czy dziecko było chore lub hospitalizowane w ciągu ostatnich 4 tygodni ? - jeśli TAK - to na co lub z jakiego powodu?

3.Czy dziecko przyjmuje aktualnie leki? - jeśli TAK -jakie?.....

4.Czy dziecko choruje na chorobę przewlekłą ? (serca, płuc, nerek, przewodu pokarmowego, krwi, cukrzycę, inne) - jeśli TAK - jaką?

5.Czy dziecko w ciągu ostatnich 3 miesięcy miało przetaczaną krew, otrzymywało immunoglobuliny lub było leczone sterydami (doustnie, domięśniowo, dożylnie - np. encorton, prednizon, hydrokortison) jeśli TAK - to kiedy?

6.Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy (białko jajka kurzego, mleko inne) - jeśli TAK - jakie?

7.Czy dziecko było/jest odczulane w ciągu ostatniego miesiąca ? jeśli TAK - kiedy?

8.Czy u dziecka wystąpiły kiedykolwiek niepożądane odczyny poszczepienne ? jeśli TAK - jakie? Po której szczepionce?

9.Czy u dziecka występowały kiedykolwiek drgawki lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utraty przytomności, niedowład paraliż?) jeśli TAK - kiedy, jakie ?

10.Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży?

Wrocław, data

Podpis rodzica / opiekuna prawnego

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

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy sytuacji, gdy pacjent sam dostarcza zakupioną przez siebie szczepionkę do przychodni