

Ankieta przed szczepieniem – MEDYCYNA PODRÓŻY

Imię i nazwisko Pacjenta Pesel

1. Czy w ostatnim miesiącu wystąpiły objawy infekcji, gorączka, przyjmowanie antybiotyków? TAK/NIE
2. Czy występowały/występują objawy uczulenia na leki, pokarmy np. białko jaja kurzego? TAK/NIE
3. Czy po poprzednich szczepieniach wystąpiły objawy niepożądane? TAK/NIE
4. Czy były przyjmowane w ciągu ostatnich 3 miesięcy lub aktualnie kortykosteroidy/leki przeciwnowotworowe (cytostatyczne), radioterapia lub leki przeciwzapalne, leki biologiczne, immunologiczne z powodu chorób immunologicznych? TAK/NIE
5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przetoczono krew, preparaty krwi, immunoglobuliny? TAK/NIE
6. Czy kiedykolwiek przeprowadzono przeszczep szpiku kostnego lub tkanek i narządów? TAK/NIE
7. Czy została podana jakąkolwiek szczepionka w ciągu ostatnich 4 tygodni? TAK/NIE
8. Czy stwierdzono zakażenie wirusem HIV? TAK/NIE
9. Czy stwierdzono choroby grasicy, miastenię, usunięcie grasicy z powodu grasiczaka? TAK/NIE
10. Czy stwierdzono niedobory odporności? TAK/NIE
11. Czy jest Pani w ciąży? TAK/NIE/NIE WIEM
12. Czy w najbliższym czasie planowana jest ciąża? TAK/NIE

Kwalifikacja do szczepienia

W wyniku przeprowadzonego lekarskiego badania kwalifikacyjnego w dniu o godz.

zaświadcza się, że u pacjenta:

-
- stwierdzono
- brak przeciwwskazań**
- do przeprowadzenia szczepienia ochronnego

nazwa szczepionki

-
- stwierdzono
- przeciwwskazania**
- do przeprowadzenia szczepienia ochronnego

nazwa szczepionki.....

Zgoda na wykonanie szczepienia

Ja niżej podpisany/a wyrażam dobrowolnie i w pełni świadomie zgodę na przeprowadzenie szczepienia ochronnego. Zostałem w sposób dla mnie zrozumiały poinformowany/a o celowości, działaniu, sposobie przeprowadzenia i ewentualnych dających się przewidzieć następstwach szczepienia.

Oświadczam, iż podczas wywiadu i badania nie zataiłem/am informacji dotyczących mojego stanu zdrowia oraz przebytych chorób. Przeprowadzono ze mną rozmowę dotyczącą harmonogramu szczepień zalecanych i obowiązkowych. Podczas tej rozmowy miałem/am możliwość zadania pytań o interesujące mnie problemy dotyczące planowanego szczepienia, związanego z tym ryzyka oraz inne okoliczności, które mogą wystąpić przed, w trakcie i po szczepieniu. Zrozumiałem/am wszystkie informacje i wyjaśnienia. Zostałem/am poinformowany/a o konieczności pozostania na terenie CM Grapa Medica przez minimum 15 minut po szczepieniu.

.....
data i czytelny podpis Pacjenta

Oświadczam, iż Pacjent został poinformowany o planowanym szczepieniu oraz powikłaniach mogących powstać w jego wyniku.

.....
podpis i pieczętka lekarza

Informacje dotyczące szczepienia przeciwko żółtej gorączce:

Szczepienia składa się z jednej dawki, ochrona powstaje po 10 dniach.

Wpis o wykonaniu szczepienia do międzynarodowej książeczki szczepień nabiera mocy prawnej po 10 dniach.

Po szczepieniu możliwe jest wystąpienie specyficznych ciężkich działań niepożądanych (związana ze szczepieniem choroba trzewna i związana ze szczepieniem choroba neurotropowa). Te działania niepożądane występują bardzo rzadko z ryzykiem ogółem 0,8/100 000.

Związana ze szczepieniem choroba neurotropowa (zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, uszkodzenie nerwów obwodowych w wyniku reakcji autoimmunologicznych). Ryzyko zwiększa się po 60 roku życia i wzrasta z wiekiem. Na świecie łącznie ponad 200 przypadków. Dwa przypadki śmiertelne

Związana ze szczepieniem choroba trzewna (niewydolność wielonarządowa, ciężkie zaburzenia krzepnięcia, uszkodzenie i rozpad mięśni, możliwy ciężki przebieg – śmiertelność do 65%). Na świecie łącznie ponad 70 przypadków.

.....
data i czytelny podpis Pacjenta