

Ankieta przed szczepieniem (do kwalifikacyjnego badania lekarskiego)**CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ WEJŚCIEM DO GABINETU LEKARSKIEGO:**

Imię i nazwisko Pacjenta Wiek

Data urodzenia Pesel

POLA OBOWIĄZKOWE:

Imię i nazwisko matki (opiekuna prawnego): Pesel

Adres zamieszkania

Imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego): Pesel

Adres zamieszkania

Szanowni Rodzice/Opiekunowie dziecka

Ważne jest, by zawsze mieli Państwo aktualną dokumentację szczepień którym poddano dziecko. Jeśli nie zostały one odnotowane w książeczce zdrowia dziecka lub w karcie szczepień lub zostały one zgubione, należy poprosić lekarza o uzupełnienie brakujących wpisów lub o wydanie nowego dokumentu, który zostanie uzupełniony. Dokument ten należy przechowywać w bezpiecznym miejscu i mieć ze sobą na każdej wizycie dziecka u lekarza. Po każdej wizycie należy upewnić się, że lekarz dokonał odpowiedniego wpisu dotyczącego szczepienia.

W odpowiedzi udzielone na pytania w niniejszej ankiecie pomogą lekarzowi zdecydować, które szczepienia można w dzisiejszym dniu wykonać u Państwa dziecka. Zaznaczenie odpowiedzi TAK nie jest jednoznaczne z brakiem kwalifikacji do szczepienia, a jedynie spowoduje dodatkowe pytania specjalisty. Jeśli pytanie jest niezrozumiałe należy poprosić lekarza lub pielęgniarkę o pomoc.

1. Czy dziecko jest dziś chore? TAK/NIE/NIE WIEM
2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy lub szczepionki? TAK/NIE/NIE WIEM
3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek poważna reakcja na szczepienie? TAK/NIE/NIE WIEM
4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę 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 immunologicznego? TAK/NIE/NIE WIEM
7. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzolem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (hydrokortyzonem, encortonem, itp.) lub poddawano radioterapii (napromieniowaniu)? TAK/NIE/NIE WIEM
8. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew (lub preparat krwi i np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) albo lek nazwany 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. Dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni? TAK/NIE/NIE WIEM

11. Czy przynieśli Państwo książeczkę szczepień(kartę szczepień)? TAK/NIE/NIE WIEM

W przypadku wyboru szczepionki nieobjętej refundacją NFZ jestem świadomy że jest ona płatna i zobowiązuję się do uregulowania za nią płatności.

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie (przedstawiciela ustawowego dziecka):

..... data

CZĘŚĆ WYPEŁNIANA W OBECNOŚCI LEKARZA/PIELĘGNIARKI W GABINECIE LEKARSKIM:

WYRAŻAM ZGODĘ NA SZCZEPIENIE MOJEGO DZIECKA:

Imię i nazwisko Pacjenta

Data urodzeniaPesel

Szczepionką

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie
(przedstawiciela ustawowego dziecka):

.....

Data i czytelny podpis lekarza/pielęgniarki:

.....