**ANKIETA SZCZEPIEŃ DOROSŁYCH**

**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 ……………………………… nr PESEL ………………………………………………………….

Rodzaj szczepienia ……………………………………………………………………………………………………………………………….

(poinformowano o ilości dawek szczepionki – tak / nie \* )

|  |  |
| --- | --- |
| **Wywiad – szczepienie dorosłych** | **Informacje dodatkowe** |
| 1. **Czy w ciągu ostatnich czterech tygodni był(a) Pan(i) szczepiony(a)?**

TAK (kiedy, jaką szczepionką?)………………………………………………………………………………..NIE1. **Czy kiedykolwiek po szczepieniu wystąpiły działania niepożądane?**

TAK (jakie?) ……………………………………………………………..NIE1. **Czy przebył(a) Pan(i) ostatnio jakąś infekcję?**

TAK (kiedy, jakie leki były podawane?)……………………………………………………………………………….NIE1. **Czy choruje Pan(i) przewlekle?**

TAK (jakie to schorzenie, jakie leki Pan(i) przyjmuje?)……………………………………………………………………………….NIE1. **Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy przebywał(a) Pan(i) w szpitalu?**

TAK (przetaczano Panu(i) krew lub podawano preparaty krwiopochodne?)………………………………………………………………………………NIE1. **Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?**

TAK (czy także na jaja kurze, neomycynę?)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………NIE1. **Czy jest Pan(i) odczulany(a)?**

TAK (kiedy była ostatnia dawka?)………………………………………………………………………………NIE1. **Czy choruje Pan(i) na anemię sierpowatą?**

TAKNIE1. **Czy jest Pani w ciąży lub w najbliższym czasie ją planuje? (pytanie kierowane do kobiet)**

TAKNIE |

|  |
| --- |
| 1. Dane na temat poprzedniego szczepienia

Data………………….. Nazwa szczepionki…………………………..Dawka…………………………………….1. Rodzaj dokumentacji przedstawionej przez Pacjenta?

Karta Uodpornienia TAK NIEKsiążeczka szczepień TAK NIEKsiążeczka zdrowia dziecka TAK NIE |
| **ORZECZENIE LEKARSKIE** |
| PACJENT MOŻE BYĆ SZCZEPIONY - TAK / NIEGodzina…………………………………………………….Data…………………………………………………………Podpis i pieczątka lekarza…………………………………..Data następnego szczepienia…………………………… |
| **PODPIS PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA/OPIEKUNA** |
| 1. Potwierdzam zgodność i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia.
2. Wyrażam zgodę na szczepienie szczepionką:

…………………………………………………………………… (wpisać nazwę szczepionki)1. Zostałem(am) pouczony(a) o celu i zakresie działania szczepionki. Poinformowano mnie o możliwości wystąpienia działań niepożądanych.

Data i podpis pacjenta\* …………………………………………………………….Data i podpis przedstawiciela ustawowego\* …………………………….Data i podpis opiekuna faktycznego\* ………………………………………. |
| **WYKONANIE DOKUMENTACJA SZCZEPIENIA** |
| NAZWA SZCZEPIONKI ………………………………………………………………..SERIA SZCZEPIONKI …………………………………………………………………..DATA PODANIA …………………………………………………..GODZINA PODANIA …………………………………………….Wpis do karty uodpornienia TAK / NIE\*Wpis do książeczki zdrowia dziecka TAK / NIE\*Wpis do książeczki szczepień lub innego trwałego dokumentu TAK / NIE\*Wydano zaświadczenie o wykonaniu szczepienia TAK / NIE\*Czytelny podpis osoby wykonującej szczepienie ……………………………………………………………. |

 |

\* niepotrzebne skreślić