**ANKIETA SZCZEPIEŃ DZIECI/MŁODZIEŻY**

**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 dzieci/młodzieży** | **Informacje dodatkowe** |
| 1. Czy dziecko jest chore?   TAK NIE NIE WIEM   1. Czy dziecko jest uczulone na leki, potrawy lub jakieś szczepionki?   TAK NIE NIE WIEM   1. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek poważna reakcja na szczepienie?   TAK NIE NIE WIEM   1. Czy dziecko choruje na astmę lub inna chorobę płuc, serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzyca)?   TAK NIE NIE WIEM   1. 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   1. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy (np. raka), białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?   TAK NIE NIE WIEM   1. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzolem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (hydrokortyzonem, Encortonem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi) lub podawano radioterapii (napromieniowaniu)?   TAK NIE NIE WIEM   1. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) albo lek nazywany immunoglobuliną (gamma-globuliną)?   TAK NIE NIE WIEM | |  | | --- | | 1. Dane na temat poprzedniego szczepienia   Data:…………………………………………..  Nazwa szczepionki:………………………  Dawka:……………………………………….   1. Rodzaj dokumentacji przedstawionej przez Pacjenta:   Karta uodpornienia TAK NIE  Książeczka szczepień TAK NIE  Książeczka zdrowia dziecka TAK NIE | | **ORZECZENIE LEKARSKIE** | | PACJENT MOŻE BYĆ SZCZEPIONY – TAK / NIE\*  Godzina…………………………………  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. Zostałam(em) pouczona(y) o celu i zakresie działania szczepionki. Poinformowano mnie i możliwości wystąpienia działań niepożądanych   Data i podpis pacjenta\*:  ………………………………………………………..  Data i podpis przedstawiciela ustawowego\*:  ………………………………………………………..  Data i podpis opiekuna faktycznego\*:  ………………………………………………………… | |

\*niepotrzebne skreślić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?   TAK NIE NIE WIEM   1. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?   TAK NIE NIE WIEM   1. Czy w jakimś miejscu na skórze występują u dziecka brodawki skórne (kurzajki)?   TAK NIE NIE WIEM  Kiedy pojawiły się pierwsze?.............lat /…………..miesięcy temu  Lokalizacja/ilość: dłoń prawa……../ dłoń lewa………../ stopa prawa…………/ stopa lewa…………./  Inne……………………………………………………………………..  Czy przychodnia dysponuje Kartą Uodpornienia dziecka? TAK / NIE  Jeśli karta uodpornienia nie została dostarczona do placówki realizującej szczepienie pacjent/przedstawiciel/opiekun ma obowiązek dostarczenia zaświadczenia o szczepieniu do lekarza przechowującego kartę uodpornienia. | |  | | --- | | **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**:  ……………………………………………………………………………………… |