

**KWESTIONARIUSZ WYWIADU PRZESIEWOWEGO PRZED SZCZEPIENIEM OSÓB
DOROSŁYCH**

 Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź: **NIE / TAK / NIE WIEM**

Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak	Nie	Nie wiem
1. Czy obecnie czuje się Pani/Pan chora/chory?			
2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana podwyższona temperatura ciała lub gorączka? (Temperatura ciała zmierzona w punkcie szczepień: °C)			
3. Czy otrzymał/a Pan/Pani jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni? Jeśli tak, jaka?			
4. Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pani/Pana utrata przytomności po szczepieniu lub innej procedurze medycznej?			
5. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, szczepionki, substancje które mogą wchodzić w skład szczepionek (białko jaja kurzego, formaldehyd, neomycyna, polimyksyna B, streptomycyna, polisorbitat 80, gentamycyna, lateks)? Jeśli inne, jakie?			
6. Czy w przeszłości wystąpiła u Pani/Pana ciężka, uogólniona reakcja alergiczna (np. wstrząs anafilaktyczny, obrzęk twarzy lub krtani, duszność) po podaniu leku, spożyciu pokarmu lub ukąszeniu przez owada?			
7. Czy wystąpiła u Pana/Pani kiedykolwiek niepożądana reakcja po szczepieniu? Jeśli tak, jaka?			
8. Czy choruje Pan/Pani przewlekłe na chorobę serca, astmę lub inną chorobę płuc, nerek, chorobę metaboliczną (np. cukrzycę), niedokrwistość, fenyloketonurię?			
9. Czy obecnie występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?			
10. Czy choruje Pan/Pani na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunolog- icznego (odpornościowego)?			
11. Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie otrzymuje: • kortykosteroidy (np. kortyzon, prednizon, deksametazon, hydrokortyzon), • leki przeciwnowotworowe (cytostatyczne), • radioterapię (napromienianie), • leczenie immunosupresyjne z powodu chorób zapalnych (np. reumatoidalnego zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelit, łuszczycy)?			
12. Czy występowały u Pana/Pani drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż)?			
13. Czy choruje Pan/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia lub aktualnie przyjmuje Pan/Pani leki przeciwnkrzepne?			
14. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpił u Pani/Pana półpasiec lub półpasiec oczny (zmiany skórne [pęcherzyki, grudki, nadżerki, strupki] zlokalizowane na skórze w okolicy czoła, grzbietu nosa, powieki górnej lub na oku)?			
15. Czy aktualnie jest Pani/Pan leczona(-y) lekiem przeciwwirusowym (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca) lub podawano go w ciągu minionych 24 godzin?			
16. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy otrzymała/otrzymał Pan/Pan krew, preparaty krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) lub leki biologiczne, immunoglobulinę (gammaglobulinę)?			
17. Czy przeszła/przeszedł Pan/Pan przeszczep narządu, szpiku kostnego lub komórek macierzystych?			
18. (tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży lub istnieje szansa, że będzie Pani w ciąży najbliższego miesiąca?			
19. (tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią?			

(podpis pacjenta)

data/godzina

KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA	
☐ Tak	NIE ☐ Czasowe przeciwwskazanie do szczepienia ☐ Trwałe przeciwwskazanie do szczepienia ☐ Wskazana konsultacja lekarska przed szczepieniem

(podpis i pieczęć osoby kwalifikującej do szczepienia)

data / godzina