Місце для найменування медичної установи

Ім'я і прізвище щеплюваної особи: …….номер PESEL або серія і номер закордонного паспорта:……

Ім'я і прізвище:……..... номер PESEL або серія і номер закордонного паспорта: …….

законного представника

Анкета попереднього скринінгового опитування перед вакцинацією дитини віком 5–11 років від COVID-19
(анкету слід заповнити <u>перед візитом</u> у пункт вакцинації)

Відповіді на наведені нижче запитання дозволять лікарю прийняти рішення, чи можна зробити дитині щеплення від COVID-19. Відповіді використовуватимуться під час процесу допуску до вакцинації. Лікар може поставити додаткові запитання. У разі сумнівів слід попросити лікаря, який здійснює допуск до вакцинації, надати відповідні пояснення.

<u>Допуск до вакцинації осіб віком 5–11 років здійснюється лікарем</u>

№ з/п	Попередні запитання	Так	Ні
1.	Чи отримувала дитина позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2 за останні 30 днів?		
2.	Чи були за останні 14 днів у дитини контакти з особою, яка отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, чи проживає дитина останні 14 днів з особою, яка отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, чи проживає дитина з особою, у якої в цей період спостерігалися симптоми COVID-19 (вказані в запитаннях 3–5)?		
3.	Чи спостерігалась у дитини за останні 14 днів підвищена або висока температура тіла?		
4.	Чи спостерігався у дитини за останні 14 днів новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання?		
5.	Чи спостерігалась у дитини за останні 14 днів втрата нюху або смаку?		
6.	Чи спостерігаються в дитини симптоми інфекції дихальних шляхів, діарея, блювання?		

Якщо на якесь із наведених вище запитань буде отримано відповідь «ТАК» (позитивну), вакцинацію проти COVID-19 слід відкласти. Отримання щеплення можливе, якщо на всі запитання буде отримано відповідь «НІ» (якщо всі відповіді будуть негативними).

У разі сумнівів слід зв'язатися з пунктом вакцинації.

Анкета опитування перед вакцинацією дитини віком 5–11 років від COVID-19

№ з/п	Запитання, що стосуються стану здоров'я	Так[a]	Ні	Не знаю[a]
1.	Чи почувається дитина хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації: ……^{o}C)			

№ з/п	Запитання, що стосуються стану здоров'я	Так[a]	Ні	Не знаю[a]
2.	Чи спостерігалась будь-коли в дитини важка несприятлива реакція на вакцинацію (запитання стосується також першої дози вакцини проти COVID-19)? Якщо так, яка? Яка вакцина використовувалася? ……			
3.	Чи діагностувалася в дитини алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини[1]?			
4.	Чи діагностовано в минулому у дитини важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах?			
5.	Чи спостерігається в дитини загострення хронічного захворювання?			
6.	Чи приймає дитина ліки, що пригнічують імунітет (імуносупресивні пероральні кортикостероїди – наприклад, преднізон, дексаметазон), ліки від злоякісних новоутворень (цитостатичні), ліки, що вживаються після пересадки кровотворних клітин, органів, променеву терапію (опромінювання) або біологічне лікування в зв'язку з запаленням суглобів, неспецифічним запаленням кишечника (наприклад, хворобою Крона) або псоріазом?			
7.	Чи хворіє дитина гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові?			

а) Відповідь «ТАК» або «НЕ ЗНАЮ» на будь-яке із запитань вимагає додаткового консультування з боку лікаря, який здійснює допуск до вакцинації.

№ з/п	Запитання в пункті вакцинації	Так	Ні
1.	Чи є сумніви щодо поставлених запитань?		
2.	Чи отримано відповіді на поставлені запитання?		

Допущений(а) до вакцинації / не допущений(а) до вакцинації (необхідне підкреслити)

…….. Дата: ……/час ……
(розбірливий підпис лікаря)

<u>Згода законного представника</u>

Я, …… номер PESEL: .....,

(ім'я і прізвище / номер PESEL законного представника)

……..…….серія: …… №:……..

(назва документа, що посвідчує особу)

заявляю, що я є законним представником:

……..……..……дата нар..……, номер PESEL:…….……

(ім'я і прізвище / дата народження / номер PESEL малолітньої особи)

і даю свою згоду на вакцинацію проти COVID-19 ..... (дата) .....

……

Дата і розбірливий підпис
(підпис законного представника)

[1] *Детальнішу інформацію на тему складу вакцин проти COVID-19 ви знайдете в Інформації для пацієнта, доступній на сайті Szczepimy się за адресою: https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19. Таку інформацію може надати також персонал, який проводить вакцинацію.*