

### Место для наименования медицинского учреждения

Имя и фамилия прививаемого лица: ..... номер PESEL или серия и номер загранпаспорта:.....

Имя и фамилия законного представителя:.....

Контактные данные (адрес и номер телефона):.....

### Анкета предварительного скринингового опроса перед вакцинацией малолетнего лица от COVID-19 (анкету следует заполнить перед визитом в пункт вакцинации)

Ответы на приведенные ниже вопросы позволят персоналу, допускающему к вакцинации, принять решение, можно ли данному лицу сделать сегодня прививку от COVID-19. Ответы будут использованы для принятия решения по допуску к вакцинации. Лицо, допускающее к вакцинации, может задать дополнительные вопросы. В случае сомнений следует попросить медицинского работника, допускающего к вакцинации или выполняющего прививку, предоставить соответствующие разъяснения.

**Допуск к вакцинации лиц в возрасте до 15 лет осуществляет врач.**

№ п/п	Предварительные вопросы относительно риска заражения COVID-19	Да	Нет
2.	Были ли за последние 7 дней у прививаемого лица контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли прививаемое лицо последние 7 дней с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли прививаемое лицо с лицом, у которого в этот период наблюдались симптомы COVID-19 (указанные в вопросах 2-4)?		
3.	Отмечалась ли у прививаемого лица за последние 7 дней повышенная или высокая температура тела?		
4.	Отмечались ли у прививаемого лица за последние 7 дней боль в горле, новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания?		
5.	Отмечалась ли у прививаемого лица за последние 7 дней потеря обоняния или вкуса?		
6.	Наблюдаются ли у прививаемого лица сейчас инфекции дыхательных путей, диарея, рвота?		

Если на какой-либо из приведенных выше вопросов будет получен ответ «ДА» (положительный), вакцинацию против COVID-19 следует отложить. Получение прививки возможно, если на все вопросы будет получен ответ «НЕТ» (если все ответы будут отрицательными). В случае сомнений следует связаться с пунктом вакцинации.

### Анкета опроса перед вакцинацией малолетнего лица от COVID-19

№ п/п	Вопросы, касающиеся состояния здоровья	Да <sup>a</sup>	Нет	Не знаю <sup>a</sup>
1.	Чувствует ли прививаемое лицо себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации: .....°C)			
2.	Наблюдалась ли когда-либо у прививаемого лица тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая? .....			

№ п/п	Вопросы, касающиеся состояния здоровья	Да <sup>а</sup>	Нет	Не знаю <sup>а</sup>
3.	Диагностировалась ли у прививаемого лица аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины <sup>1</sup> ?			
4.	Диагностировалась ли в прошлом у прививаемого лица тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого?			
5.	Наблюдается ли у прививаемого лица обострение хронического заболевания?			
6.	Принимает ли прививаемое лицо лекарства, угнетающие иммунитет (иммуносупрессивные пероральные кортикостероиды – например, преднизон, дексаметазон), лекарства от злокачественных новообразований (цитостатические), лекарства, употребляемые после пересадки органа, радиотерапию (облучение) или биологическое лечение в связи с воспалением суставов, неспецифическим воспалением кишечника (например, болезнью Крона) или псориазом?			
7.	Болеет ли прививаемое лицо гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови?			
8.	Диагностировалась ли у прививаемого лица гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) или тромбоз синусов твердой мозговой оболочки?			
9.	<i>(вопрос касается только женщин)</i> Беременна ли прививаемая женщина?			
10.	<i>(вопрос касается только женщин)</i> Кормит ли прививаемая женщина в настоящее время грудью?			

а) Ответ «ДА» или «НЕ ЗНАЮ» на какой-либо из вопросов требует дополнительного консультирования со стороны персонала, допускающего к вакцинации. Ответ «ДА» на какой-либо из вопросов 2-8, касающихся состояния здоровья, является показанием к осуществлению допуска к вакцинации врачом. **Допуск к вакцинации лиц в возрасте до 15 лет осуществляет врач.**

№ п/п	Вопросы в месте проведения вакцинации	Да	Нет
1.	Есть ли сомнения относительно заданных вопросов?		
2.	Были ли получены ответы на заданные вопросы?		

Допущен(а) к вакцинации / не допущен(а) к вакцинации (нужное подчеркнуть)

..... Дата: ...../время .....

(разборчивая подпись лица, допускающего к вакцинации)

### **\*Заявление**

Я заявляю, что даю согласие на вакцинацию против COVID-19. Я подтверждаю, что меня ознакомили с информацией, касающейся данной прививки, и эта информация мне понятна. Мне также были даны ответы на все заданные мной вопросы, ответы мне понятны.

.....  
Дата и разборчивая подпись

(\*подпись требуется в случае достижения 16 лет)

### **Согласие законного представителя**

Я, .....

<sup>1</sup> Более подробную информацию на тему состава вакцин против COVID-19 вы найдете в Информации для пациента, доступной на веб-сайте *Szczepimy się* по адресу: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. Такую информацию может предоставить также персонал, проводящий вакцинацию.

(имя и фамилия, адрес)

заявляю, что являюсь законным представителем:

....., дата рождения....., номер

PESEL:....., Секс: Ж.....М.....

(имя и фамилия / дата рождения / номер PESEL малолетнего лица или – в случае отсутствия номера PESEL – тип, серия и номер документа, удостоверяющего личность, секс)

и даю согласие на вакцинацию против COVID-19:

(дата) .....

.....

Дата и разборчивая подпись  
(подпись законного представителя)