**Miejsce na oznaczenie placówki medycznej**

**Місце для найменування медичної установи**

Imię i nazwisko osoby szczepionej ……………………………….PESEL lub seria i nr paszportu:…………………………….

Ім'я і прізвище особи, якій проводиться щеплення:………………….......................................

номер PESEL або серія і номер закордонного паспорта: :…………………............................

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:…………………..

Ім'я і прізвище законного представника:…………………..........................................................

Dane kontaktowe (adres i nr telefonu):……………………………….

Контактні дані (адресу та номер телефону): ……………………………………………………………………

# **Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby małoletniej przeciw COVID-19**

**(kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień**)

# **Анкета попереднього скринінгового опитування перед вакцинацією малолітньої особи від COVID-19**

**(анкету слід заповнити перед візитом у пункт вакцинації)**

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować, czy można u osoby kwalifikowanej do szczepienia wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie. **Kwalifikację do szczepienia osób do 15 lat prowadzi lekarz**.

Відповіді на наведені нижче запитання дозволять лікарю прийняти рішення, чи можна даній особі зробити сьогодні щеплення від COVID-19. Відповіді використовуватимуться під час процесу допуску до вакцинації. Особа, яка здійснює допуск до вакцинації, може поставити додаткові запитання. У разі сумнівів слід попросити медика, який здійснює допуск до вакцинації або виконує щеплення, надати відповідні пояснення.
**Допуск до вакцинації осіб віком до 15 років здійснюється лікарем.**

| **Lp.****№ з/п**  | **Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19****Попередні запитання щодо ризику інфікування COVID-19** | **Tak****Так** | **Nie****Ні**  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Czy w ciągu ostatnich 7 dni osoba poddawana szczepieniu miała bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt 2–4)? Чи були за останні 7 днів в особи, якій проводиться щеплення, контакти з особою, яка отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, чи проживає особа, якій проводиться щеплення, останні 7 днів з особою, яка отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, чи проживає особа, якій проводиться щеплення, з особою, у якої в цей період спостерігалися симптоми COVID-19 (вказані в запитаннях 2–4)? |  |  |
| **2.**  | Czy w ciągu ostatnich 7 dni osoba poddawana szczepieniu miała podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? Чи спостерігалась в особи, якій проводиться щеплення, за останні 7 днів підвищена або висока температура тіла?  |  |  |
| **3.** | Czy w ciągu ostatnich 7 dni u osoby poddawanej szczepieniu występował ból gardła, nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? Чи спостерігався в особи, якій проводиться щеплення, за останні 7 днів новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання? |  |  |
| **4.** | Czy w ciągu ostatnich 7 dni u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła utrata węchu lub smaku? Чи спостерігалась в особи, якій проводиться щеплення, за останні 7 днів втрата нюху або смаку? |  |  |
| **5.**  | Czy osoba poddawana szczepieniu ma obecnie infekcję dróg oddechowych, biegunkę, wymioty? Чи спостерігаються в особи, якій проводиться щеплення, симптоми інфекції дихальних шляхів, діарея, блювання? |  |  |

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień.

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.

# **Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby małoletniej przeciw COVID-19**

# **Анкета опитування перед вакцинацією малолітньої особи від COVID-19**

| **Lp.****№ з/п** | **Pytania dotyczące stanu zdrowia** **Запитання, що стосуються стану здоров'я** | **Taka****Такa** | **Nie****Ні** | **Nie wiema****Не знаюa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj chora? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: …………oC) Чи почувається особа, якій проводиться щеплення, хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації: …………oC) |  |  |  |
|  | Czy u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?……………………………………………………Чи спостерігалась будь-коли в особи, якій проводиться щеплення, важка несприятлива реакція на вакцинацію (запитання стосується також першої дози вакцини проти COVID-19)? Якщо так, яка? Яка вакцина використовувалася?…………………………………………………… |  |  |  |
|  | Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki[[1]](#footnote-1)?Чи діагностувалася в особи, якій проводиться щеплення, алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини?  |  |  |  |
|  | Czy w przeszłości u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?Чи діагностовано в минулому в особи, якій проводиться щеплення, важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах? |  |  |  |
|  | Czy u osoby poddawanej szczepieniu występuje zaostrzenie choroby przewlekłej?Чи спостерігається в особи, якій проводиться щеплення, загострення хронічного захворювання? |  |  |  |
|  | Czy osoba poddawana szczepieniu otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?Чи приймає особа, якій проводиться щеплення, 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? |  |  |  |
|  | Czy osoba poddawana szczepieniu choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?Чи хворіє особа, якій проводиться щеплення, гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові? |  |  |  |
|  | Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?Чи було діагностовано в особи, якій проводиться щеплення, гепарин-індуковану тромбоцитопенію (ГІТ) або тромбоз церебральних вен і синусів? |  |  |  |
|  | (tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu jest w ciąży?*(стосується лише жінок)* Чи особа, якій проводиться щеплення, вагітна? |  |  |  |
|  | (tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu karmi dziecko piersią? *(стосується лише жінок)* Чи особа, якій проводиться щеплення, годує зараз грудьми? |  |  |  |

a) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia. Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza. **Kwalifikację do szczepienia osób w wieku do 15 lat prowadzi lekarz**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Pytania w miejscu szczepienia** **Запитання в пункті вакцинації** | **Tak****Так** | **Nie****Ні** |
|  | Czy są wątpliwości do zadanych pytań? Чи є сумніви щодо поставлених запитань? |  |  |
|  | Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania?Чи отримано відповіді на поставлені запитання? |  |  |

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

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

…………………………………………………………………………………... Data: ……………/godz. ………

 (czytelny podpis osoby kwalifikującej)

…………………………………………………………………………………... Дата: ……………/час ………

(розбірливий підпис лікаря)

**\*Oświadczenie**

**Заява**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

Я заявляю, що даю згоду на вакцинацію проти COVID-19. Підтверджую, що мене ознайомили з інформацією, яка стосується цього щеплення, і ця інформація мені зрозуміла. Мені також дали відповіді на всі поставлені мною запитання, відповіді мені зрозумілі.

………….…………………………………

Data i czytelny podpis

**(\*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 lat)**

Дата і розбірливий підпис

**(\*підпис вимагається, якщо особі виповнилося 16 років)**

**Zgoda przedstawiciela ustawowego**

**Згода законного представника**

Я, …….………………………………………………………..................................................................................................,

(ім’я та прізвище /адреса)

заявляю, що я є законним представником:

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

Стать: Ж….. Ч…..

(ім’я та прізвище / дата народження / номер PESEL малолітньої особи або – у разі відсутності номера PESEL – тип, серія і номер документа, що посвідчує особу, cтать)

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

………….…………………………………

Data i czytelny podpis

(podpis przedstawiciela ustawowego)

Дата і розбірливий підпис

(підпис законного представника)

1. *Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko COVID-19 można znaleźć w Ulotce dla pacjenta dostępnej na stronie Szczepimy się pod adresem: https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19. Ulotkę udostępnia również personel realizujący szczepienia.*

*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.*  [↑](#footnote-ref-1)