**Место для наименования медицинского учреждения**

Имя и фамилия пациента: ………………………………………………………….….

номер PESEL или серия и номер загранпаспорта: ……………………………………………………...

Контактные данные (номер телефона):……………………………………………………………………………………..

# **Анкета предварительного скринингового опроса перед вакцинацией взрослого 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 вам сделать сегодня прививку от COVID-19. Ответы будут использованы для принятия решения по допуску к вакцинации. Лицо, допускающее к вакцинации, может задать вам дополнительные вопросы. В случае сомнений следует попросить медицинского работника, допускающего к вакцинации или выполняющего прививку, предоставить соответствующие разъяснения.

| **№ п/п** | **Предварительные вопросы относительно риска заражения COVID-19** | **Да** | **Нет** |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | Были ли за последние 7 дней у вас контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживаете ли вы в течение последних 7 дней с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживаете ли вы с лицом, у которого в этот период наблюдались симптомы COVID-19 (указанные в вопросах 2-4)? |  |  |
| **3.** | Отмечалась ли у вас за последние 7 дней повышенная или высокая температура тела? |  |  |
| **4.** | Отмечались ли у вас за последние 7 дней боль в горле, новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания? |  |  |
| **5.** | Отмечалась ли у вас за последние 7 дней потеря обоняния или вкуса? |  |  |
| **6.** | Наблюдаются ли у вас сегодня симптомы простуды, 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 взрослого от COVID-19**

| **№ п/п** | **Вопросы, касающиеся состояния здоровья** | **Даa** | **Нет** | **Не знаюa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Чувствуете ли вы себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации: …………oC) |  |  |  |
|  | Наблюдалась ли когда-либо у вас тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая?  …………………………………………………… |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли у вас аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины[[1]](#footnote-1)? |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли в прошлом у вас тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого? |  |  |  |
|  | Наблюдается ли у вас обострение хронического заболевания? |  |  |  |
|  | Принимаете ли вы 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? |  |  |  |
|  | Болеете ли вы гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови? |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли у вас гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) или тромбоз синусов твердой мозговой оболочки? |  |  |  |
|  | *(вопрос касается только женщин)* Беременны ли вы? |  |  |  |
|  | *(вопрос касается только женщин)* Кормите ли вы в настоящее время грудью? |  |  |  |

**a** 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вопросы в месте проведения вакцинации** | | **Да** | **Нет** |
|  | Есть ли у вас сомнения относительно заданных вопросов? |  |  |
|  | Получили ли вы ответы на заданные вопросы? |  |  |

Разборчивая подпись прививаемого лица: …………………………………… Дата: ……………/время ……..

Дополнительный опрос в пункте вакцинации:………………………………………

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

1. *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.* [↑](#footnote-ref-1)