

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej**Місце для найменування медичної установ**

Imię i nazwisko pacjenta:

Ім'я і прізвище пацієнта:

PESEL lub seria i nr paszportu:

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

Dane kontaktowe (nr telefonu):.....

Контактні дані (номер телефону):

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19**Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.****Анкета попереднього скринінгового опитування перед вакцинацією дорослої 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 Pani/Pana 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.

Відповіді на наведені нижче запитання дозволять медичному персоналу, який здійснює допуск до вакцинації, прийняти рішення, чи можна зробити вам сьогодні щеплення від COVID-19. Відповіді використовуватимуться під час процесу допуску до вакцинації. Медичний персонал, який здійснює допуск до вакцинації, може поставити вам додаткові запитання. У разі сумнівів слід попросити медиків, які здійснюють допуск до вакцинації або виконують щеплення, надати відповідні пояснення.

Lp. № з/п	Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19 Попередні запитання щодо ризику інфікування COVID-19	Tak Так	Nie Hi
1.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni miała Pani/miał Pan 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. 2–5)? Чи були за останні 7 днів у вас контакти з особою, яка отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, та чи проживаєте ви з такою особою, чи проживаєте ви з особою, у якої в цей період спостерігалися симптоми COVID-19 (вказані в запитаннях 2–5)?		

Lp. № з/п	Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19 Попередні запитання щодо ризику інфікування COVID-19	Tak Так	Nie Hi
2.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів підвищена або висока температура тіла?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni występował u Pani/Pana ból gardła, nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? Чи спостерігався у вас за останні 7 днів біль у горлі, новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub smaku? Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів втрата нюху або смаку?		
5.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty? Чи є у вас сьогодні симптоми застуди, 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 dorosłej przeciw COVID-19

Анкета опитування перед вакцинацією дорослої особи від COVID-19

Lp. № з/п	Pytania dotyczące stanu zdrowia Запитання, що стосуються стану здоров'я	Tak ^a Так ^a	Nie Hi	Nie wiem ^a Не знаю ^a
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C) Чи почуваетесь ви хворим/хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації:°C)			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka? Чи спостерігалась будь-коли у вас важка несприятлива реакція на вакцинацію (запитання стосується також першої дози вакцини проти COVID-19)? Якщо так, яка?			
3.	Чи діагностувалася у вас алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини ¹ ?			

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.

Lp. № з/п	Pytania dotyczące stanu zdrowia Запитання, що стосуються стану здоров'я	Tak ^a Так ^a	Nie Hi	Nie wiem ^a Не знаю ^a
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? Чи діагностовано у вас в минулому важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах?			
5.	Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej? Чи спостерігається у вас загострення хронічного захворювання?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan 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 приймаєте ви ліки, що пригнічують імунітет (імуносупресивні, пероральні кортикостероїди – наприклад, преднізон, дексаметазон), ліки від злоякісних новоутворень (цитостатичні), ліки, що вживаються після пересадки органів, променеви терапію (опромінювання) або біологічне лікування в зв'язку з запаленням суглобів, неспецифічним запаленням кишечника (наприклад, хворобою Крона) або псоріазом?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Чи хворієте ви гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові?			
8.	Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (НІТ) lub zakrzepicę żył mózgowych? Чи було діагностовано у вас гепарин-індуковану тромбоцитопенію (ГІТ) або тромбоз церебральних вен і синусів?			
9.	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy jest Pani w ciąży? <i>запитання стосується лише жінок</i> Ви вагітні?			
10.	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy karmi Pani dziecko piersią? <i>(запитання стосується лише жінок)</i> Чи годуєте ви 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.

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

Відповідь «ТАК» на будь-яке із запитань 2-8, які стосуються стану здоров'я, є показанням для здійснення допуску до вакцинації лікарем.

Pytania w miejscu szczepienia Запитання в пункті вакцинації		Tak Так	Nie Hi
1.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Чи є у вас сумніви щодо поставлених запитань?		
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?		

	Чи отримали ви відповіді на поставлені запитання?		
--	---	--	--

Czytelny podpis osoby szczepionej: Data:/godz.

Розбірливий підпис особи, якій проводиться щеплення: Дата:/час

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:.....

Додаткове опитування в пункті вакцинації:.....

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

..... Data:/godz.....
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

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

..... Дата:/час

(розбірливий підпис особи, яка здійснює допуск до вакцинації)

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
Дата і розбірливий підпис