**Место для наименования медицинского учреждения**

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

Имя и фамилия законного представителя………………………………………………………………………………………

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

# **Анкета предварительного скринингового опроса перед вакцинацией ребенка в возрасте 6 месяцев до 4 лет от COVID-19**

**(анкету следует заполнить перед визитом в пункт вакцинации)**

Ответы на приведенные ниже вопросы позволят врачу принять решение, можно ли сделать ребенку прививку от COVID-19. Ответы будут использованы в процессе допуска к вакцинации. Врач может задать дополнительные вопросы. В случае сомнений следует попросить врача, допускающего к вакцинации, предоставить соответствующие разъяснения.

**Допуск к вакцинации лиц в возрасте 6 месяцев до 4 лет производится врачом**

| **№ п/п** | **Предварительные вопросы относительно риска заражения COVID-19** | **Да** | **Нет** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Были ли за последние 7 дней у ребенка контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли ребенок последние 7 дней с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли ребенок с лицом, у которого в этот период наблюдались симптомы COVID-19 (указанные в вопросах 2-4)? |  |  |
|  | Отмечалась ли у ребенка за последние 7 дней повышенная или высокая температура тела? |  |  |
|  | Отмечался ли у ребенка за последние 7 дней боль в горле, новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания? |  |  |
|  | Наблюдаются ли у ребенка 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 ребенка в возрасте 5–11 лет от COVID-19**

| **№ п/п** | **Вопросы, касающиеся состояния здоровья** | **Даa** | **Нет** | **Не знаюa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Чувствует ли ребенок себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации: …………oC) |  |  |  |
|  | Наблюдалась ли когда-либо у ребенка тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая? Какая вакцина применялась?  …………………………………………………… |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли у ребенка аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины[[1]](#footnote-1)? |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли в прошлом у ребенка тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого? |  |  |  |
|  | Наблюдается ли у ребенка обострение хронического заболевания? |  |  |  |
|  | Принимает ли ребенок лекарства, угнетающие иммунитет (иммуносупрессивные пероральные кортикостероиды – например, преднизон, дексаметазон), лекарства от злокачественных новообразований (цитостатические), лекарства, употребляемые после пересадки кроветворных клеток, органов, радиотерапию (облучение) или биологическое лечение в связи с воспалением суставов, неспецифическим воспалением кишечника (например, болезнью Крона) или псориазом? |  |  |  |
|  | Болеет ли ребенок гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови? |  |  |  |

a) Ответ «ДА» или «НЕ ЗНАЮ» на какой-либо из вопросов требует дополнительного консультирования со стороны врача, допускающего к вакцинации.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вопросы в пункте вакцинации** | **Да** | **Нет** |
|  | Есть ли сомнения относительно заданных вопросов? |  |  |
|  | Были ли получены ответы на заданные вопросы? |  |  |

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

…………………………………………………………………………………... Дата: ……………/время ………

(разборчивая подпись врача)

**Согласие законного представителя**

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

(имя и фамилия, адрес)

заявляю, что являюсь законным представителем:

………………………….…………………………..…………, дата рождения.……………………, номер PESEL:…….………………………………., Cекс: Ж…..M…..

(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)

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)