**Место для наименования медицинского учреждения**

**Miejsce na oznaczenie placówki medycznej**

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

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

Имя и фамилия законного представителя:……………… номер PESEL или серия и номер загранпаспорта:..……………………

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:…………………..PESEL lub seria i nr paszportu:..…………………………..

# **Анкета предварительного скринингового опроса перед вакцинацией малолетнего лица от COVID-19**

**Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby małoletniej**

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

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

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.

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.

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

**Kwalifikację do szczepienia osób do 15 lat prowadzi lekarz**.

| **№ п/п**  **Lp.** | **Предварительные вопросы**  **Pytania wstępne** | **Да**  **Tak** | **Нет**  **Nie** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Получало ли прививаемое лицо положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2 за последние 30 дней?  Czy w ciągu ostatnich 30 dni osoba poddawana szczepieniu miała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2? |  |  |
| **2.** | Были ли за последние 14 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 14 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 3–5)?  Czy w ciągu ostatnich 14 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 3–5)? |  |  |
| **3.** | Отмечалась ли у прививаемого лица за последние 14 дней повышенная или высокая температура тела?  Czy w ciągu ostatnich 14 dni osoba poddawana szczepieniu miała podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? |  |  |
| **4.** | Отмечался ли у прививаемого лица за последние 14 дней новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания?  Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu występował nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? |  |  |
| **5.** | Отмечалась ли у прививаемого лица за последние 14 дней потеря обоняния или вкуса?  Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła utrata węchu lub odczucia smaku? |  |  |
| **6.** | Наблюдаются ли у прививаемого лица сегодня симптомы простуды, диарея, рвота?  Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj przeziębiona lub ma biegunkę, wymioty? |  |  |

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.

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.

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

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

| **№ п/п**  **Lp.** | **Вопросы, касающиеся состояния здоровья**  **Pytania dotyczące stanu zdrowia** | **Даa**  **Taka** | **Нет**  **Nie** | **Не знаюa**  **Nie wiema** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Чувствует ли прививаемое лицо себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации: …………oC)  Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj chora? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: …………oC) |  |  |  |
|  | Наблюдалась ли когда-либо у прививаемого лица тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая?  ……………………………………………………  Czy u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?  …………………………………………………… |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли у прививаемого лица аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины[[1]](#footnote-1)?  Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki[[2]](#footnote-2)? |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли в прошлом у прививаемого лица тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого?  Czy w przeszłości u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? |  |  |  |
|  | Наблюдается ли у прививаемого лица обострение хронического заболевания?  Czy u osoby poddawanej szczepieniu występuje zaostrzenie choroby przewlekłej? |  |  |  |
|  | 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?  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? |  |  |  |
|  | Болеет ли прививаемое лицо гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови?  Czy osoba poddawana szczepieniu choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли у прививаемого лица гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) или тромбоз синусов твердой мозговой оболочки?  Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? |  |  |  |
|  | *(вопрос касается только женщин)* Беременна ли прививаемая женщина?  *(tylko dla Pań)* Czy osoba poddawana szczepieniu jest w ciąży? |  |  |  |
|  | *(вопрос касается только женщин)* Кормит ли прививаемая женщина в настоящее время грудью?  *(tylko dla Pań)* Czy osoba poddawana szczepieniu karmi dziecko piersią? |  |  |  |

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

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**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вопросы в месте проведения вакцинации**  **Pytania w miejscu szczepienia** | | **Да**  **Tak** | **Нет**  **Nie** |
|  | Есть ли сомнения относительно заданных вопросов?  Czy są wątpliwości do zadanych pytań? |  |  |
|  | Были ли получены ответы на заданные вопросы?  Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania? |  |  |

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

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

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

(разборчивая подпись лица, допускающего к вакцинации) Data: /godz.

(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

**\*Заявление**

**\*Oświadczenie**

Я заявляю, что добровольно 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.

Oświadczam, że dobrowolnie 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.

………….…………………………………

Дата и разборчивая подпись

**(\*подпись требуется в случае достижения 16 лет)**

Data i czytelny podpis

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

**Согласие законного представителя**

**Zgoda przedstawiciela ustawowego**

Я, …….………………………………………………………. номер PESEL: ................................................................,

Ja, ……………………………………………………………. PESEL: ………………………………………………………,

(имя и фамилия / номер PESEL законного представителя)

(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego)

…………..……………………………………….серия: …………… №:………………………..

(название документа, удостоверяющего личность)

legitymujący/a się: …………..……………………………………….seria: …………… nr:………………

(nazwa dokumentu tożsamości)

заявляю, что являюсь законным представителем:

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

………………………….…………………………..……, дата рождения.……………………, номер PESEL:…….………….

(имя и фамилия / дата рождения /номер PESEL малолетнего лица)

………………………….…………………………..…………data ur.……………………, PESEL:…….………….

(imię i nazwisko/data urodzenia/PESEL osoby małoletniej)

и даю свое согласие на вакцинацию против COVID-19 ................. (дата)

i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19 w dniu: ........................................................................,

………….…………………………………

Дата и разборчивая подпись

(подпись законного представителя)

Data i czytelny podpis

(podpis przedstawiciela ustawowego)

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.*

   *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.*

   *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.*  [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)