**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****Ні**  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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)? |  |  |
| **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** | **Taka****Такa** | **Nie****Ні** | **Nie wiema****Не знаюa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: …………oC) Чи почуваєтеся ви хворим/хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації: …………oC) |  |  |  |
|  | 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?…………………………………………………… |  |  |  |
|  | Чи діагностувалася у вас алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини[[1]](#footnote-1)? |  |  |  |
|  | 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? |  |  |  |
|  | Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej? Чи спостерігається у вас загострення хронічного захворювання? |  |  |  |
|  | 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, променеву терапію (опромінювання) або біологічне лікування в зв'язку з запаленням суглобів, неспецифічним запаленням кишечника (наприклад, хворобою Крона) або псоріазом? |  |  |  |
|  | Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?Чи хворієте ви гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові? |  |  |  |
|  | Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?Чи було діагностовано у вас гепарин-індуковану тромбоцитопенію (ГІТ) або тромбоз церебральних вен і синусів? |  |  |  |
|  | *(tylko dla Pań*) Czy jest Pani w ciąży?*запитання стосується лише жінок)* Ви вагітні? |  |  |  |
|  | (*tylko dla Pań*) Czy karmi Pani dziecko piersią? *(запитання стосується лише жінок)* 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.

a) 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****Ні** |
|  | Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Чи є у вас сумніви щодо поставлених запитань? |  |  |
|  | 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

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)