

KWESTIONARIUSZ WYWIADU PRZESIEWOWEGO PRZED SZCZEPIENIEM OSÓB DOROSŁYCH

Dla pacjenta: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można wykonać u Pana/Pani w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy Pana/Pani szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumieją Państwo pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.

Imię i nazwisko :

PESEL

	TAK	NIE	NIE WIEM
1. Czy jest Pan/Pani dziś chory/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy wystąpiła u Pana/Pani kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy choruje Pan/Pani przewlekle na chorobę serca, astmę lub inną chorobę płuc, nerek, chorobę metaboliczną (np. cukrzycę), niedokrwistość lub inną chorobę krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy choruje Pan/Pani na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie Otrzymuje kortyzon, prednizon, lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encorton, Encortolon, hydrocortyzon, Medrol, Metypred itp.), Leki przeciw nowotworom złośliwym (cytotatyczne), radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Czy występowały u Pana/Pani drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub inne Objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż)?
8. Czy w ciągu minionego roku otrzymał/a Pan/Pani krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) lub lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub lek przeciw wirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?
9. Czy otrzymał/a Pan/Pani jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?
10. (tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży lub istnieje szansa, że będzie Pani w ciągu najbliższego miesiąca w ciąży?

Formularz wypełniony przez:

Data:.....

Formularz sprawdzony przez:

Data:.....