

IMIĘ:		NAZWISKO:		PESEL:	
-------	--	-----------	--	--------	--

## Wywiad przed szczepieniem (wypełnia pacjent)

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą u lekarza. Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować, czy można u Pani/Pana wykonać szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane przez lekarza w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego realizującego szczepienie.

Pytania dotyczące ryzyka COVID-19		TAK	NIE
1	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Czy w ciągu ostatnich 14 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. 3-5)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występowała u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytania dotyczące stanu zdrowia		TAK	NIE
1	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrenie) choroby przewlekłej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Czy w przeszłości lekarz rozpoznał u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu jakiegoś leku lub pokarmu, albo po ukąszeniu owada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Czy masz uczulenie na lateks, banana, kiwi, awokado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczka, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające odporność (immunosupresyjne), np. Kortyzon, Prednizon lub inny kortykosteroid (Deksametazon, Encortolon, Encorton, Hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Na szczepienie można się zgłosić, gdy wszystkie odpowiedzi na pytania będą zaznaczone na NIE.**  
W razie wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem realizującym szczepienie.

Data:		Podpis Pacjenta:	
-------	--	------------------	--

IMIĘ:		NAZWISKO:		PESEL:	
-------	--	-----------	--	--------	--

### Zgoda na szczepienie przeciwko COVID-19

- Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19
- Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozu miałam/zrozu miałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozu miałam/zrozu miałem udzielone mi odpowiedzi.
- Przyjmuję do wiadomości, iż istnieje konieczność obserwacji po wykonaniu szczepienia typowo przez okres 15 minut, u osób które miały reakcje uczuleniowe a w szczególności wstrząs anafilaktyczny w przeszłości przez okres 30 minut.
- Ulotka dla pacjenta dostępna jest na stronie pod adresem: [www.comirnatyeducation.pl](http://www.comirnatyeducation.pl), (skrótowa wersja - na stronie Ministerstwa Zdrowia)

Data:		Podpis Pacjenta:	
-------	--	------------------	--

### Zgoda na przekazanie danych osobowych

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, danych adresowych, telefonu przez
- **ERDA Sp. z o.o. – NZOZ Przychodnia Zdrowia Biezanów, ul. Ks. Jerzego Popiełuszki 42A**
- oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Data:		Podpis Pacjenta:	
-------	--	------------------	--

### Kwalifikacja Lekarska

- Pacjent w stanie ogólnym dobrym.
- W wyniku przeprowadzonego lekarskiego badania kwalifikacyjnego stwierdza się brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 w okresie do 24 godzin od przeprowadzonego badania kwalifikacyjnego.

Data:		Podpis Lekarza:	
-------	--	-----------------	--