**ANKIETA SZCZEPIEŃ DOROSŁYCH**

**KWALIFIKACYJNE BADANIE LEKARSKIE**

(SZCZEPIENIE NALEŻY WYKONAĆ W TYM SAMYM DNIU (NIE PÓŹNIEJ NIŻ 24 GODZINY) PO LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM DOKONANYM PRZEZ UPRAWNIONEGO LEKARZA)

Imię i nazwisko pacjenta ……………………………………………………………………………………………………………………

Wiek ………………. Data urodzenia ……………………………… nr PESEL ………………………………………………………….

Rodzaj szczepienia ……………………………………………………………………………………………………………………………….

(poinformowano o ilości dawek szczepionki – tak / nie \* )

|  |  |
| --- | --- |
| **Wywiad – szczepienie dorosłych** | **Informacje dodatkowe** |
| 1. **Czy w ciągu ostatnich czterech tygodni był(a) Pan(i) szczepiony(a)?**   TAK (kiedy, jaką szczepionką?)  ………………………………………………………………………………..  NIE   1. **Czy kiedykolwiek po szczepieniu wystąpiły działania niepożądane?**   TAK (jakie?) ……………………………………………………………..  NIE   1. **Czy przebył(a) Pan(i) ostatnio jakąś infekcję?**   TAK (kiedy, jakie leki były podawane?)  ……………………………………………………………………………….  NIE   1. **Czy choruje Pan(i) przewlekle?**   TAK (jakie to schorzenie, jakie leki Pan(i) przyjmuje?)  ……………………………………………………………………………….  NIE   1. **Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy przebywał(a) Pan(i) w szpitalu?**   TAK (przetaczano Panu(i) krew lub podawano preparaty krwiopochodne?)  ………………………………………………………………………………  NIE   1. **Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?**   TAK (czy także na jaja kurze, neomycynę?)  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  NIE   1. **Czy jest Pan(i) odczulany(a)?**   TAK (kiedy była ostatnia dawka?)  ………………………………………………………………………………  NIE   1. **Czy choruje Pan(i) na anemię sierpowatą?**   TAK NIE   1. **Czy jest Pani w ciąży lub w najbliższym czasie ją planuje? (pytanie kierowane do kobiet)**   TAK NIE | |  | | --- | | 1. Dane na temat poprzedniego szczepienia   Data………………….. Nazwa szczepionki…………………………..  Dawka…………………………………….   1. Rodzaj dokumentacji przedstawionej przez Pacjenta?   Karta Uodpornienia TAK NIE  Książeczka szczepień TAK NIE  Książeczka zdrowia dziecka TAK NIE | | **ORZECZENIE LEKARSKIE** | | PACJENT MOŻE BYĆ SZCZEPIONY - TAK / NIE  Godzina…………………………………………………….  Data…………………………………………………………  Podpis i pieczątka lekarza…………………………………..  Data następnego szczepienia…………………………… | | **PODPIS PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA/OPIEKUNA** | | 1. Potwierdzam zgodność i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia. 2. Wyrażam zgodę na szczepienie szczepionką:   ……………………………………………………………………  (wpisać nazwę szczepionki)   1. Zostałem(am) pouczony(a) o celu i zakresie działania szczepionki. Poinformowano mnie o możliwości wystąpienia działań niepożądanych.   Data i podpis pacjenta\* …………………………………………………………….  Data i podpis przedstawiciela ustawowego\* …………………………….  Data i podpis opiekuna faktycznego\* ………………………………………. | | **WYKONANIE DOKUMENTACJA SZCZEPIENIA** | | NAZWA SZCZEPIONKI ………………………………………………………………..  SERIA SZCZEPIONKI …………………………………………………………………..  DATA PODANIA …………………………………………………..  GODZINA PODANIA …………………………………………….  Wpis do karty uodpornienia TAK / NIE\*  Wpis do książeczki zdrowia dziecka TAK / NIE\*  Wpis do książeczki szczepień lub innego trwałego dokumentu TAK / NIE\*  Wydano zaświadczenie o wykonaniu szczepienia TAK / NIE\*  Czytelny podpis osoby  wykonującej szczepienie ……………………………………………………………. | |

\* niepotrzebne skreślić