

ANKIETA PRZED SZCZEPIENIEM - KWALIFIKACYJNE BADANIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko Pacjenta Wiek

Data ur. Pesel

1. Czy dziecko było szczepione w ciągu ostatnich 4 tygodni?
Jeśli TAK - kiedy, jaką szczepionką TAK/NIE
2. Czy u dziecka występowały niepożądane odczyny poszczepienne?
Jeśli TAK - kiedy, jakie TAK/NIE
3. Czy dziecko ma aktualnie jakiegokolwiek objawy chorobowe?
(gorączka, kaszel, wymioty, biegunka itp.)
Jeśli TAK - jakie TAK/NIE
4. Czy dziecko przebyło ostatnio jakąś infekcję?
Jeśli TAK - kiedy, jakie leki były podawane TAK/NIE
5. Czy dziecko choruje na chorobę przewlekłą?
(serce, płuca, nerek, przewodu pokarmowego, krwi, metaboliczną np. cukrzycę, czy dziecko jest leczone przeciwlekiem kwasem acetylosalicylowym (aspiryna))
Jeśli TAK - jaką TAK/NIE
6. Czy dziecko otrzymuje aktualnie leki?
Jeśli TAK - jakie TAK/NIE
7. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy dziecko przebywało w szpitalu?
Jeśli TAK - z jakiego powodu TAK/NIE
8. Czy w ciągu minionego roku przetaczano dziecku krew lub preparaty krwipochodne lub lek nazwany immunoglobuliną?
Jeśli TAK - kiedy TAK/NIE
9. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, szczepionki?
Jeśli TAK - na co TAK/NIE
10. Czy dziecko jest odczulane?
Jeśli TAK - kiedy była ostatnia dawka TAK/NIE
11. Czy dziecko choruje na nowotwór, białaczkę, anemię sierpowatą, AIDS, zaburzenia krzepnięcia?
Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki, wrodzony niedobór odporności?
Jeśli TAK - proszę podać schorzenie. TAK/NIE
12. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy było leczone w związku z nowotworem złośliwym (cytotatyki), było poddane radioterapii (napromienianiu), leczeniu biologicznemu?
Jeśli TAK - jakie leki TAK/NIE
13. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy było leczone sterydami?
Jeśli TAK - jakim lekiem, kiedy TAK/NIE
14. Czy u dziecka występowały drgawki? Zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład, upośledzenie umysłowe)
Jeśli TAK - jakie, kiedy TAK/NIE
15. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży?
Jeśli TAK - jakie, kiedy TAK/NIE

Rodzic przedstawił dokumentację nt. szczepień

Kartę uodpornienia

TAK/NIE

Książeczkę zdrowia

TAK/NIE

OSWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Potwierdzam za zgodność i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia.

Poinformowano mnie o:

- Szczepieniach obowiązkowych i dodatkowych - zalecanych
- Możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych
- Konieczności pozostania dziecka na terenie przychodni gdzie wykonano szczepienie przez co najmniej 20 min.
- O ryzyku dla płodu w przypadku zajęcia w ciąży w okresie 4 tyg. po wykonaniu szczepienia (dotyczy wybranych szczepień u dziewcząt)

RODZJ SZCZEPIONIKI

DATA I PODPIS RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

ORZECZENIE LEKARSKIE

.....
Data i godzina

.....
Pieczętka i podpis lekarza