

Место для наименования медицинского учреждения

Имя и фамилия прививаемого лица:номер PESEL или серия и номер заграничного паспорта:.....

Имя и фамилия:..... номер PESEL или серия и номер заграничного паспорта:.....

законного представителя

Анкета предварительного скринингового опроса перед вакцинацией ребенка в возрасте 5–11 лет от COVID-19 (анкету следует заполнить перед визитом в пункт вакцинации)

Ответы на приведенные ниже вопросы позволят врачу принять решение, можно ли сделать ребенку прививку от COVID-19. Ответы будут использованы в процессе допуска к вакцинации. Врач может задать дополнительные вопросы. В случае сомнений следует попросить врача, допускающего к вакцинации, предоставить соответствующие разъяснения.

Допуск к вакцинации лиц в возрасте 5–11 лет производится врачом

№ п/п	Предварительные вопросы	Да	Нет
1.	Получал ли ребенок положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2 за последние 30 дней?		
2.	Были ли за последние 14 дней у ребенка контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли ребенок последние 14 дней с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли ребенок с лицом, у которого в этот период наблюдались симптомы COVID-19 (указанные в вопросах 3–5)?		
3.	Отмечалась ли у ребенка за последние 14 дней повышенная или высокая температура тела?		
4.	Отмечался ли у ребенка за последние 14 дней новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания?		
5.	Отмечалась ли у ребенка за последние 14 дней потеря обоняния или вкуса?		
6.	Наблюдаются ли у ребенка симптомы инфекции дыхательных путей, диарея, рвота?		

Если на какой-либо из приведенных выше вопросов будет получен ответ «ДА» (положительный), вакцинацию против COVID-19 следует отложить. Получение прививки возможно, если на все вопросы будет получен ответ «НЕТ» (если все ответы будут отрицательными).

В случае сомнений следует связаться с пунктом вакцинации.

Анкета опроса перед вакцинацией ребенка в возрасте 5–11 лет от COVID-19

№ п/п	Вопросы, касающиеся состояния здоровья	Да ^a	Нет	Не знаю ^a
1.	Чувствует ли ребенок себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации:°C)			

№ п/п	Вопросы, касающиеся состояния здоровья	Да ^а	Нет	Не знаю ^а
2.	Наблюдалась ли когда-либо у ребенка тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая? Какая вакцина применялась?			
3.	Диагностировалась ли у ребенка аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины ¹ ?			
4.	Диагностировалась ли в прошлом у ребенка тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого?			
5.	Наблюдается ли у ребенка обострение хронического заболевания?			
6.	Принимает ли ребенок лекарства, угнетающие иммунитет (иммуносупрессивные пероральные кортикостероиды – например, преднизон, дексаметазон), лекарства от злокачественных новообразований (цитостатические), лекарства, употребляемые после пересадки кроветворных клеток, органов, радиотерапию (облучение) или биологическое лечение в связи с воспалением суставов, неспецифическим воспалением кишечника (например, болезнью Крона) или псориазом?			
7.	Болеет ли ребенок гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови?			

а) Ответ «ДА» или «НЕ ЗНАЮ» на какой-либо из вопросов требует дополнительного консультирования со стороны врача, допускающего к вакцинации.

№ п/п	Вопросы в пункте вакцинации	Да	Нет
1.	Есть ли сомнения относительно заданных вопросов?		
2.	Были ли получены ответы на заданные вопросы?		

Допущен(а) к вакцинации / не допущен(а) к вакцинации (нужное подчеркнуть)

..... Дата:/время
(разборчивая подпись врача)

Согласие законного представителя

Я, номер PESEL:,
(имя и фамилия / номер PESEL законного представителя)

.....серия: №:.....
(название документа, удостоверяющего личность)

заявляю, что являюсь законным представителем:

.....дата рожд....., номер PESEL:.....
(имя и фамилия / дата рождения / номер PESEL малолетнего лица)

и даю свое согласие на вакцинацию против COVID-19 (дата)
.....

Дата и разборчивая подпись
(подпись законного представителя)

¹ Более подробную информацию на тему состава вакцин против COVID-19 вы найдете в Информации для пациента, доступной на веб-сайте Szczepimy się по адресу: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. Такую информацию может предоставить также персонал, проводящий вакцинацию.