



Имя и фамилия пациента: .....

номер PESEL или серия и номер загранпаспорта: .....

Контактные данные (номер телефона):.....

### Анкета предварительного скринингового опроса перед вакцинацией взрослого от COVID-19

**Анкету следует заполнить перед визитом в пункт вакцинации.**

Ответы на приведенные ниже вопросы позволят персоналу, допускающему к вакцинации, принять решение, можно ли вам сделать сегодня прививку от COVID-19. Ответы будут использованы для принятия решения по допуску к вакцинации. Лицо, допускающее к вакцинации, может задать вам дополнительные вопросы. В случае сомнений следует попросить медицинского работника, допускающего к вакцинации или выполняющего прививку, предоставить соответствующие разъяснения.

№ п/п	Предварительные вопросы относительно риска заражения COVID-19	Да	Нет
2.	Были ли за последние 7 дней у вас контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживаете ли вы в течение последних 7 дней с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживаете ли вы с лицом, у которого в этот период наблюдались симптомы COVID-19 (указанные в вопросах 2-4)?		
3.	Отмечалась ли у вас за последние 7 дней повышенная или высокая температура тела?		
4.	Отмечались ли у вас за последние 7 дней боль в горле, новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания?		
5.	Отмечалась ли у вас за последние 7 дней потеря обоняния или вкуса?		
6.	Наблюдаются ли у вас сегодня симптомы простуды, 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 взрослого от COVID-19

№ п/п	Вопросы, касающиеся состояния здоровья	Да <sup>a</sup>	Нет	Не знаю <sup>a</sup>
1.	Чувствуете ли вы себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации: .....°C)			
2.	Наблюдались ли когда-либо у вас тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая? .....			

№ п/п	Вопросы, касающиеся состояния здоровья	Да <sup>a</sup>	Нет	Не знаю <sup>a</sup>
3.	Диагностировалась ли у вас аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины <sup>1</sup> ?			
4.	Диагностировалась ли в прошлом у вас тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого?			
5.	Наблюдается ли у вас обострение хронического заболевания?			
6.	Принимаете ли вы лекарства, угнетающие иммунитет (иммуносупрессивные пероральные кортикостероиды – например, преднизон, дексаметазон), лекарства от злокачественных новообразований (цитостатические), лекарства, употребляемые после пересадки органа, радиотерапию (облучение) или биологическое лечение в связи с воспалением суставов, неспецифическим воспалением кишечника (например, болезнью Крона) или псориазом?			
7.	Болеете ли вы гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови?			
8.	Диагностировалась ли у вас гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) или тромбоз синусов твердой мозговой оболочки?			
9.	<i>(вопрос касается только женщин)</i> Беременны ли вы?			
10.	<i>(вопрос касается только женщин)</i> Кормите ли вы в настоящее время грудью?			

<sup>a</sup> Ответ «ДА» или «НЕ ЗНАЮ» на какой-либо из вопросов требует дополнительного консультирования со стороны персонала, допускающего к вакцинации.

Ответ «ДА» на какой-либо из вопросов 2-8, касающихся состояния здоровья, является показанием к осуществлению допуска к вакцинации врачом.

Вопросы в месте проведения вакцинации		Да	Нет
1.	Есть ли у вас сомнения относительно заданных вопросов?		
2.	Получили ли вы ответы на заданные вопросы?		

Разборчивая подпись прививаемого лица: ..... Дата: ...../время .....

Дополнительный опрос в пункте вакцинации:.....

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

..... Дата: ...../время.....

(разборчивая подпись лица, допускающего к вакцинации)

### Заявление

Я заявляю, что даю согласие на вакцинацию против COVID-19. Я подтверждаю, что меня ознакомили с информацией, касающейся данной прививки, и эта информация мне понятна. Мне также были даны ответы на все заданные мной вопросы, ответы мне понятны.

.....  
Дата и разборчивая подпись

<sup>1</sup> 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.