



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

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

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 относительно риска заражения COVID-19 | Да | Нет |
|-------|---|----|-----|
| 1. | Были ли за последние 7 дней у ребенка контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли ребенок последние 7 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 2-4)? | | |
| 2. | Отмечалась ли у ребенка за последние 7 дней повышенная или высокая температура тела? | | |
| 3. | Отмечался ли у ребенка за последние 7 дней боль в горле, новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания? | | |
| 4. | Жаловался ли ребенок за последние 7 дней на потерю обоняния или вкуса? | | |
| 5. | Наблюдаются ли у ребенка сейчас 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) | | | |
| 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? | | | |

a) 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 или – в случае отсутствия номера PESEL – тип, серия и номер документа, удостоверяющего личность) заявляю, что являюсь законным представителем:

....., дата рождения....., номер PESEL:.....,

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.

(имя и фамилия / дата рождения / номер PESEL малолетнего лица или – в случае отсутствия номера PESEL – тип, серия и номер документа, удостоверяющего личность)

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

.....

Дата и разборчивая подпись
(подпись законного представителя)