ANKIETA PRZEDSZCZEPIENNA PACJENTA DOROSŁEGO
- 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 …….....

Data urodzenia ……. **Pesel**……..…….

Rodzaj szczepienia: ……..……

Poinformowano pacjenta o ilości dawek **TAK** **NIE**

WYWIAD

1. Czy był Pan(i) szczepiony(a) w ciągu ostatnich czterech tygodni? TAK NIE

Jeśli TAK- kiedy, jaką szczepionką? .....

2. Czy kiedykolwiek występowały niepożądane odczyny poszczepienne? TAK NIE

Jeśli TAK- jakie? .....

3. Czy przebył(a) Pan(i) ostatnio jakąś infekcję? TAK NIE

Jeśli TAK - kiedy, jakie leki były podawane? .....

4. Czy ma Pan(i) aktualnie jakiekolwiek objawy chorobowe? (gorączka, kaszel, wymioty, biegunka, inne) TAK NIE

Jeśli TAK –jakie? .....

5. Czy choruje Pan(i) na chorobę przewlekłą? (serca, płuc, nerek, przewodu pokarmowego, krwi, metaboliczną, np. cukrzycę? TAK NIE

Jeśli TAK (jaką?) .....

6. Czy przyjmuje Pan(i) aktualnie leki? TAK NIE

Jeśli TAK - (jakie?) .....

7. Czy w ciągu ostatnich trzech miesięcy przebywał(a) Pan(i) w szpitalu? TAK NIE

Jeśli TAK – z jakiego powodu? .....

8. Czy w ciągu minionego roku przetaczano Panu(i) krew lub podawano preparaty krwiopochodne? TAK NIE

Jeśli TAK – kiedy? .....

9. Czy jest Pan(i) uczulony(a) na pokarmy, leki, szczepionki? TAK NIE

Jeśli TAK - na co? .....

10. Czy jest Pan(i) odczulany(a)? TAK NIE

Jeśli TAK - kiedy była ostatnia dawka? .....

11. Czy choruje Pan(i) na nowotwór, AIDS, anemię sierpowatą, zaburzenia krzepnięcia? TAK NIE

Jeśli TAK - proszę podać schorzenie .....

ANKIETA PRZEDSZCZEPIENNA PACJENTA DOROSŁEGO
- KWALIFIKACYJNE BADANIE LEKARSKIE

12. Czy w ciągu minionych 3 miesięcy był(a) Pan(i) leczony(a) w związku nowotworem złośliwym (cytostatyki) lub był(a) poddany(a) radioterapii (napromienianiu)? TAK NIE

Jeśli TAK - jakie leki, kiedy napromienianie?

.....

13. Czy w ciągu minionych 3 miesięcy był(a) Pan(i) leczony(a) sterydami ? TAK NIE

Jeśli TAK – jakim lekiem? Kiedy?

.....

14. Czy jest Pani w ciąży lub w najbliższym czasie ją planuje TAK NIE

INFORMACJE DOTYCZĄCE POPRZEDNIEGO SZCZEPIENIA

Data poprzedniego szczepienia: ……..

Nazwa szczepionki: ……

Dawka: ……..

INFORMACJE NT. DOKUMENTACJI

Karta uodpornienia **TAK** **NIE**

Pacjent przedstawił dokumentację nt. szczepień:
Książeczkę zdrowia **TAK** **NIE**

ORZECZENIE LEKARSKIE

Pacjent może być szczepiony **TAK** **NIE**

Data następnego szczepienia: ……..

Data, godzina: ……

Podpis i pieczątka lekarza

POTWIERDZAM PRAWIDŁOWOŚĆ DANYCH I WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE SZCZEPIENIA ORAZ POTWIERDZAM, ŻE POINFORMOWANO MNIE O:

- możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych
- konieczności pozostania na terenie przychodni, gdzie wykonano szczepienia co najmniej przez 20 min.
- o ryzyku dla płodu, w przypadku zajścia w ciąże w okresie 4 tyg. po wykonaniu szczepienia (dotyczy wybranych szczepionek u kobiet)

Rodzaj i nazwa szczepionki : …….

Data i podpis Pacjenta