

### Місце для найменування медичної установи

Ім'я і прізвище пацієнта: .....

Номер PESEL або серія і номер закордонного паспорта:.....

Контактні дані (номер телефону): .....

### Анкета попереднього скринінгового опитування перед вакцинацією дорослої особи від COVID-19

**Анкету слід заповнити перед візитом у пункт вакцинації.**

Відповіді на наведені нижче запитання дозволять медичному персоналу, який здійснює допуск до вакцинації, прийняти рішення, чи можна зробити вам сьогодні щеплення від COVID-19. Відповіді використовуватимуться під час процесу допуску до вакцинації. Медичний персонал, який здійснює допуск до вакцинації, може поставити вам додаткові запитання. У разі сумнівів слід попросити медиків, які здійснюють допуск до вакцинації або виконують щеплення, надати відповідні пояснення.

№ з/п	Попередні запитання щодо ризику нараження на COVID-19	Так	Ні
1.	Чи отримували ви позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2 за останні 30 днів?		
2.	Чи були за останні 7 днів у вас контакти з особою, яка отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, чи проживаєте ви з особою, у якої в цей період спостерігалися симптоми COVID-19 (вказані в запитаннях 3–5)?		
3.	Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів підвищена або висока температура тіла?		
4.	Чи спостерігався у вас за останні 7 днів біль у горлі, новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання?		
5.	Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів втрата нюху або смаку?		
6.	Чи є у вас сьогодні симптоми застуди, діарея, блювання?		

Якщо на якесь із наведених вище запитань буде отримано відповідь «ТАК» (позитивну), вакцинацію проти COVID-19 слід відкласти. Отримання щеплення можливе, якщо на всі запитання буде отримано відповідь «НІ» (якщо всі відповіді будуть негативними). У разі сумнівів слід зв'язатися з пунктом вакцинації.

### Анкета опитування перед вакцинацією дорослої особи від COVID-19

№ з/п	Запитання, що стосуються стану здоров'я	Так <sup>a</sup>	Ні	Не знаю <sup>a</sup>
1.	Чи відчуваєтеся ви хворим/хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації: .....°C)			
2.	Чи спостерігалась будь-коли у вас важка несприятлива реакція на вакцинацію (запитання стосується також першої дози вакцини проти COVID-19)? Якщо так, яка? .....			
3.	Чи діагностувалася у вас алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини <sup>1</sup> ?			

<sup>1</sup> Детальнішу інформацію на тему складу вакцин проти COVID-19 ви знайдете в Інформації для пацієнта, доступній на сайті <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. Таку інформацію може надати також персонал, який проводить вакцинацію.

№ з/п	Запитання, що стосуються стану здоров'я	Так <sup>a</sup>	Ні	Не знаю <sup>a</sup>
4.	Чи діагностовано у вас в минулому важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах?			
5.	Чи спостерігається у вас загострення хронічного захворювання?			
6.	Чи приймаєте ви ліки, що пригнічують імунітет (імуносупресивні, пероральні кортикостероїди – наприклад, преднізон, дексаметазон), ліки від злоякісних новоутворень (цитостатичні), ліки, що вживаються після пересадки кровотворних клітин, органів, променевої терапії (опроміювання) або біологічне лікування в зв'язку з запаленням суглобів, неспецифічним запаленням кишечника (наприклад, хворобою Крона) або псоріазом?			
7.	Чи хворієте ви гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові?			
8.	Чи було діагностовано у вас гепарин-індуковану тромбоцитопенію (ГІТ) або тромбоз синусів твердої мозкової оболони?			
9.	<i>(запитання стосується лише жінок)</i> Ви вагітні?			
10.	<i>(запитання стосується лише жінок)</i> Чи годуєте ви зараз грудьми?			

а) Відповідь «ТАК» або «НЕ ЗНАЮ» на будь-яке із запитань вимагає додаткового консультування з боку медичного персоналу, який здійснює допуск до вакцинації.

Відповідь «ТАК» на будь-яке із запитань 2-8, які стосуються стану здоров'я, є показанням для здійснення допуску до вакцинації лікарем.

№ з/п	Запитання в пункті вакцинації	Так	Ні
1.	Чи є у вас сумніви щодо поставлених запитань?		
2.	Чи отримали ви відповіді на поставлені запитання?		

Розбірливий підпис особи, якій проводиться щеплення: ..... Дата: ...../час .....

Додаткове опитування в пункті вакцинації:.....

Допущений(а) до вакцинації / не допущений(а) до вакцинації (необхідне підкреслити)

..... Дата: ...../час .....

(розбірливий підпис особи, яка здійснює допуск до вакцинації)

### Заява

Я заявляю, що даю згоду на вакцинацію проти COVID-19. Підтверджую, що мене ознайомили з інформацією, яка стосується цього щеплення, і ця інформація мені зрозуміла. Мені також дали відповіді на всі поставлені мною запитання, відповіді мені зрозумілі.

.....  
Дата і розбірливий підпис