

### 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 почуваетесь 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 (опромінювання) 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.	(запитання стосується лише жінок) Ви вагітні?			
10.	(запитання стосується лише жінок) Чи годуете 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