

Imię i nazwisko/Ім'я та прізвище:

Data urodzenia/Дата народження:/...../.....

(dzień) (mies.) (rok)
(день) (місяць) (рік)

Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osób dorosłych Анкета для скринінгу перед вакцинацією дорослих

Dla pacjenta: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy Pani/Pana szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumie Pani/Pan pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.

Для пацієнта: Відповіді на наступні запитання допоможуть нам вирішити, які щеплення можна зробити Вам сьогодні. Відповідь «так» на будь-яке питання не означає відразу, що Вам не слід робити щеплення. Однак доведеться поставити додаткові запитання. Якщо Ви не зрозуміли питання, будь ласка зверніться за роз'ясненнями до медсестри або лікаря.

PYTANIE PRZESIEWOWE СКРИНІНГОВІ ЗАПИТАННЯ		NIE HI	TAK TAK	NIE WIEM Я НЕ ЗНАЮ
1. Czy jest Pan/Pani dziś chory/a	1. Чи Ви сьогодні хворий(а)?	☐	☐	☐
2. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?	2. Чи є у Вас алергія на ліки, продукти харчування, будь-які вакцини чи латекс?	☐	☐	☐
3. Czy wystąpiła u Pana/Pani kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?	3. Чи були у Вас коли-небудь серйозні побічні реакції після вакцинації?	☐	☐	☐
4. Czy choruje Pan/Pani przewlekłe na chorobę serca, astmę lub inną chorobę płuc, nerek, chorobę metaboliczną (np. cukrzycę), niedokrwistość lub inną chorobę krwi?	4. Чи є у Вас хронічні захворювання: хвороби серця, астма або інші захворювання легенів, нирок, метаболічні захворювання (наприклад, цукровий діабет), анемія чи інші захворювання крові?	☐	☐	☐
5. Czy choruje Pan/Pani na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?	5. Чи є у Вас онкологічне захворювання, лейкомія, СНІД (ВІЛ-інфекція) чи інші захворювання імунної системи?	☐	☐	☐
6. Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie otrzymuje kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encorton, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?	6. Чи отримували Ви протягом останніх 3-х місяців або зараз приймаєте кортизон, преднізон чи будь-який інший кортикостероїд (дексаметазон, преднізолон, гідрокортизон тощо), протипухлинні препарати (цитостатики), променеву терапію (опромінення) або лікування артриту, неспецифічного ентероколіту (наприклад, хвороби Крона) або псориазу?	☐	☐	☐
7. Czy występowały u Pana/Pani drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż)?	7. Чи були у Вас судомі, порушення з боку головного мозку або інші симптоми з боку нервової системи (наприклад, порушення свідомості, втрата свідомості, парез або параліч)?	☐	☐	☐
8. Czy w ciągu minionego roku otrzymał/a Pan/Pani krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?	8. Чи отримували Ви протягом минулого року кров або препарати крові (наприклад, плазму, еритроцити, тромбоцити), ліки під назвою імуноглобулін (гамма-глобулін) або противірусний препарат (від простого герпесу, вітряної віспи або оперізуючого лишая)?	☐	☐	☐
9. Czy otrzymał/a Pan/Pani jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	9. Чи робили Ви будь-які щеплення за останні 4 тижні?	☐	☐	☐
10. (tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży lub istnieje szansa, że będzie Pani w ciąży najbliższego miesiąca?	10. (лише для жінок) Чи Ви вагітна або є ймовірність того, що Ви будете вагітною протягом наступного місяця?	☐	☐	☐

Formularz wypełniony przez:

Форму заповнив(ла):

Data:

Дата:

Czy ma Pan/Pani ze sobą książeczkę szczepień (lub kartę uodpornienia)

Чи маєте Ви з собою документацію щодо проведених у минулому щеплень?

TAK

TAK

☐

NIE

HI

☐

Formularz sprawdzony przez:

Формуляр перевірів(ла):

Data:

Дата:

Ważne, aby zawsze mieć ze sobą aktualną dokumentację szczepień. Jeśli wykonane szczepienia nie zostały odnotowane w książeczce szczepień i w karcie uodpornienia, lub książeczka szczepień zaginęła, proszę poprosić swojego lekarza, aby uzupełnił brakujące wpisy lub wydał nowy, uzupełniony dokument. Dokumenty te należy przechowywać w bezpiecznym miejscu i nosić ze sobą na każdą wizytę u lekarza. Proszę się upewnić, czy lekarz zapisał w nich wszystkie wykonane szczepienia.

Важливо завжди мати при собі актуальну документацію про щеплення. Якщо проведені в минулому щеплення не записані у відповідній документації, або ж вона відсутня, попросіть свого лікаря заповнити відсутні записи або видати новий, заповнений документ. Зберігайте ці документи в надійному місці та носіть їх із собою під час кожного візиту до лікаря. Будь ласка, переконайтеся в тому, що ваш лікар записав у них усі проведені щеплення.