**Место для наименования медицинского учреждения**

Имя и фамилия прививаемого лица: …………………… номер PESEL или серия и номер загранпаспорта:………………………

Имя и фамилия законного представителя:……………… номер PESEL или серия и номер загранпаспорта:..……………………

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

# **Анкета предварительного скринингового опроса перед вакцинацией малолетнего лица от COVID-19**

**(анкету следует заполнить перед визитом в пункт вакцинации**)

Ответы на приведенные ниже вопросы позволят персоналу, допускающему к вакцинации, принять решение, можно ли данному лицу сделать сегодня прививку от COVID-19. Ответы будут использованы для принятия решения по допуску к вакцинации. Лицо, допускающее к вакцинации, может задать дополнительные вопросы.
В случае сомнений следует попросить медицинского работника, допускающего к вакцинации или выполняющего прививку, предоставить соответствующие разъяснения.

**Допуск к вакцинации лиц в возрасте до 15 лет осуществляет врач**.

| **№ п/п**  | **Предварительные вопросы относительно риска заражения COVID-19** | **Да** | **Нет**  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | Были ли за последние 7 дней у прививаемого лица контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли прививаемое лицо последние 7 дней с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли прививаемое лицо с лицом, у которого в этот период наблюдались симптомы COVID-19 (указанные в вопросах 2-4)?  |  |  |
| **3.**  | Отмечалась ли у прививаемого лица за последние 7 дней повышенная или высокая температура тела?  |  |  |
| **4.** | Отмечались ли у прививаемого лица за последние 7 дней боль в горле, новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания?  |  |  |
| **5.** | Отмечалась ли у прививаемого лица за последние 7 дней потеря обоняния или вкуса?  |  |  |
| **6.**  | Наблюдаются ли у прививаемого лица 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 малолетнего лица от COVID-19**

| **№ п/п** | **Вопросы, касающиеся состояния здоровья**  | **Даa** | **Нет** | **Не знаюa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Чувствует ли прививаемое лицо себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации: …………oC)  |  |  |  |
|  | Наблюдалась ли когда-либо у прививаемого лица тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая?…………………………………………………… |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли у прививаемого лица аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины[[1]](#footnote-1)? |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли в прошлом у прививаемого лица тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого? |  |  |  |
|  | Наблюдается ли у прививаемого лица обострение хронического заболевания? |  |  |  |
|  | Принимает ли прививаемое лицо лекарства, угнетающие иммунитет (иммуносупрессивные пероральные кортикостероиды – например, преднизон, дексаметазон), лекарства от злокачественных новообразований (цитостатические), лекарства, употребляемые после пересадки органа, радиотерапию (облучение) или биологическое лечение в связи с воспалением суставов, неспецифическим воспалением кишечника (например, болезнью Крона) или псориазом? |  |  |  |
|  | Болеет ли прививаемое лицо гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови? |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли у прививаемого лица гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) или тромбоз синусов твердой мозговой оболочки? |  |  |  |
|  | *(вопрос касается только женщин)* Беременна ли прививаемая женщина? |  |  |  |
|  | *(вопрос касается только женщин)* Кормит ли прививаемая женщина в настоящее время грудью?  |  |  |  |

a) Ответ «ДА» или «НЕ ЗНАЮ» на какой-либо из вопросов требует дополнительного консультирования со стороны персонала, допускающего к вакцинации. Ответ «ДА» на какой-либо из вопросов 2-8, касающихся состояния здоровья, является показанием к осуществлению допуска к вакцинации врачом. **Допуск к вакцинации лиц в возрасте до 15 лет осуществляет врач**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы в месте проведения вакцинации** | **Да** | **Нет** |
|  | Есть ли сомнения относительно заданных вопросов?  |  |  |
|  | Были ли получены ответы на заданные вопросы? |  |  |

Допущен(а) к вакцинации / не допущен(а) к вакцинации (нужное подчеркнуть)

…………………………………………………………………………………... Дата: ……………/время ………

 (разборчивая подпись лица, допускающего к вакцинации)

**\*Заявление**

Я заявляю, что даю согласие на вакцинацию против COVID-19. Я подтверждаю, что меня ознакомили с информацией, касающейся данной прививки, и эта информация мне понятна. Мне также были даны ответы на все заданные мной вопросы, ответы мне понятны.

………….…………………………………

Дата и разборчивая подпись

**(\*подпись требуется в случае достижения 16 лет)**

**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:…….…………………………….,

(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)

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.*  [↑](#footnote-ref-1)