

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej**Місце для найменування медичної установи**

Imię i nazwisko osoby szczepionejPESEL lub seria i nr paszportu:.....

Im'я і прізвище особи, якій проводиться щеплення:.....

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

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

Im'я і прізвище законного представника:.....

Dane kontaktowe (adres i nr telefonu):.....

Контактні дані (адресу та номер телефону):

**Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby małoletniej przeciw COVID-19
(kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień)****Анкета попереднього скринінгового опитування перед вакцинацією малолітньої особи від COVID-19
(анкету слід заповнити перед візитом у пункт вакцинації)**

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować, czy można u osoby kwalifikowanej do szczepienia wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie.
Kwalifikację do szczepienia osób do 15 lat prowadzi lekarz.

Відповіді на наведені нижче запитання дозволять лікарю прийняти рішення, чи можна даній особі зробити сьогодні щеплення від COVID-19. Відповіді використовуватимуться під час процесу допуску до вакцинації. Особа, яка здійснює допуск до вакцинації, може поставити додаткові запитання. У разі сумнівів слід попросити медика, який здійснює допуск до вакцинації або виконує щеплення, надати відповідні пояснення.
Допуск до вакцинації осіб віком до 15 років здійснюється лікарем.

Lp. № з/п	Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19 Попередні запитання щодо ризику інфікування COVID-19	Tak Так	Nie Hi
1.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni osoba poddawana szczepieniu miała bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt 2–4)? Чи були за останні 7 днів в особи, якій проводиться щеплення, контакти з особою, яка отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, чи проживає особа, якій проводиться щеплення, останні 7 днів з особою, яка		

Lp. № з/п	Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19 Попередні запитання щодо ризику інфікування COVID-19	Tak Так	Nie Hi
	отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, чи проживає особа, якій проводиться щеплення, з особою, у якої в цей період спостерігалися симптоми COVID-19 (вказані в запитаннях 2–4)?		
2.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni osoba poddawana szczepieniu miała podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? Чи спостерігалась в особи, якій проводиться щеплення, за останні 7 днів підвищена або висока температура тіла?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni u osoby poddawanej szczepieniu występował ból gardła, nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? Чи спостерігався в особи, якій проводиться щеплення, за останні 7 днів новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 7 dni u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła utrata węchu lub smaku? Чи спостерігалась в особи, якій проводиться щеплення, за останні 7 днів втрата нюху або смаку?		
5.	Czy osoba poddawana szczepieniu ma obecnie infekcję dróg oddechowych, biegunkę, wymioty? Чи спостерігаються в особи, якій проводиться щеплення, симптоми інфекції дихальних шляхів, діарея, блювання?		

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień.

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.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby małoletniej przeciw COVID-19

Анкета опитування перед вакцинацією малолітньої особи від COVID-19

Lp. № з/п	Pytania dotyczące stanu zdrowia Запитання, що стосуються стану здоров'я	Tak ^a Так ^a	Nie Hi	Nie wiem ^a Не знаю ^a
1.	Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj chora? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C) Чи почувається особа, якій проводиться щеплення, хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації:°C)			
2.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka? Чи спостерігалась будь-коли в особи, якій проводиться щеплення, важка несприятлива реакція на вакцинацію (запитання стосується також першої дози вакцини проти COVID-19)? Якщо так, яка? Яка вакцина використовувалася?			

Lp. № з/п	Pytania dotyczące stanu zdrowia Запитання, що стосуються стану здоров'я	Tak ^a Так ^a	Nie Hi	Nie wiem ^a Не знаю ^a
3.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbata lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ? Чи діагностувалася в особи, якій проводиться щеплення, алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини?			
4.	Czy w przeszłości u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? Чи діагностовано в минулому в особи, якій проводиться щеплення, важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах?			
5.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu występuje zaostrenie choroby przewlekłej? Чи спостерігається в особи, якій проводиться щеплення, загострення хронічного захворювання?			
6.	Czy osoba poddawana szczepieniu otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy? Чи приймає особа, якій проводиться щеплення, 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.	Czy osoba poddawana szczepieniu choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Чи хворіє особа, якій проводиться щеплення, гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові?			
8.	Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? Чи було діагностовано в особи, якій проводиться щеплення, гепарин-індуковану тромбоцитопенію (ГІТ) або тромбоз церебральних вен і синусів?			
9.	(tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu jest w ciąży? (стосується лише жінок) Чи особа, якій проводиться щеплення, вагітна?			
10.	(tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu karmi dziecko piersią? (стосується лише жінок) Чи особа, якій проводиться щеплення, годує зараз грудьми?			

¹ Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko COVID-19 można znaleźć w Ulotce dla pacjenta dostępnej na stronie Szczepimy się pod adresem: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. Ulotkę udostępnia również personel realizujący szczepienia.

Детальнішу інформацію на тему складу вакцин проти COVID-19 ви знайдете в Інформації для пацієнта, доступній на сайті Szczepimy się за адресою: <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.

a) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia. Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza. **Kwalifikację do szczepienia osób w wieku do 15 lat prowadzi lekarz.**

	Pytania w miejscu szczepienia Запитання в пункті вакцинації	Tak Так	Nie Ні
1.	Czy są wątpliwości do zadanych pytań? Чи є сумніви щодо поставлених запитань?		
2.	Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania? Чи отримано відповіді на поставлені запитання?		

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

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

..... Дата:/godz.
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

..... Дата:/час
(розбірливий підпис лікаря)

***Oświadczenie**
Заява

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

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.

.....
Data i czytelny podpis
(*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 lat)
Дата і розбірливий підпис
(*підпис вимагається, якщо особі виповнилося 16 років)

Zgoda przedstawiciela ustawowego
Згода законного представника

Я,,

(ім'я та прізвище /адреса)

заявляю, що я є законним представником:

.....дата нар....., номер
PESEL:.....

Стать: Ж..... Ч.....

(ім'я та прізвище / дата народження / номер PESEL малолітньої особи або – у разі відсутності номера PESEL – тип, серія і номер документа, що посвідчує особу, стать)

і даю свою згоду на вакцинацію проти COVID-19 (дата)

.....
Data i czytelny podpis
(podpis przedstawiciela ustawowego)
Дата і розбірливий підпис
(підпис законного представника)