**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** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Чи отримували ви позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2 за останні 30 днів?  |  |  |
|  | 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)?  |  |  |
|  | Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів підвищена або висока температура тіла?  |  |  |
|  | Чи спостерігався у вас за останні 7 днів біль у горлі, новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання?  |  |  |
|  | Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів втрата нюху або смаку?  |  |  |
|  | 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**  | **Такa** | **Ні** | **Не знаюa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Чи почуваєтеся ви хворим/хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації: …………oC)  |  |  |  |
|  | Чи спостерігалась будь-коли у вас важка несприятлива реакція на вакцинацію (запитання стосується також першої дози вакцини проти COVID-19)? Якщо так, яка?…………………………………………………… |  |  |  |
|  | Чи діагностувалася у вас алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини[[1]](#footnote-1)? |  |  |  |
|  | Чи діагностовано у вас в минулому важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах? |  |  |  |
|  | Чи спостерігається у вас загострення хронічного захворювання? |  |  |  |
|  | 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, променеву терапію (опромінювання) або біологічне лікування в зв'язку з запаленням суглобів, неспецифічним запаленням кишечника (наприклад, хворобою Крона) або псоріазом? |  |  |  |
|  | 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 годуєте ви зараз грудьми? |  |  |  |

a) 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** |
|  | Чи є у вас сумніви щодо поставлених запитань?  |  |  |
|  | 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

1. *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.*  [↑](#footnote-ref-1)