

**ANKIETA SZCZEPIEŃ
KWALIFIKACYJNE BADANIE LEKARSKIE**

**BADANIE NALEŻY WYKONAĆ W TYM SAMYM DNIU (NIE PÓŹNIEJ NIŻ 24 GODZINY) PO LEKARSKIM
BADANIU KWALIFIKACYJNYM DOKONANYM PRZEZ UPRAWNIIONEGO LEKARZA**

Imię i nazwisko pacjenta _____ Wiek _____
Data urodzenia _____ Nr PESEL _____
Rodzaj szczepienia _____
Sugerowane szczepienie _____

Poinformowano o ilości dawek szczepionki TAK / NIE

WYWIAD

1. Czy w ciągu ostatnich czterech tygodni był Pan(i) szczepiony(a) ?
TAK
(kiedy, jaką szczepionką ?) _____
NIE
2. Czy kiedykolwiek po szczepieniu wystąpiły działania niepożądane ?
TAK
(jakie ?) _____
NIE
3. Czy przebył(a) Pan(i) ostatnio jakąś infekcję ?
TAK
(kiedy, jakie leki były podawane ?) _____
NIE
4. Czy choruje Pan(i) przewlekle ?
TAK
(jakie to schorzenie, jakie leki Pan(i) przyjmuje ?) _____
NIE
5. Czy w ciągu ostatnich trzech miesięcy przebywał(a) Pan(i) w szpitalu ?
TAK
(przetaczano Panu(i) krew lub podawano preparaty krwiopochodne ?) _____
NIE
6. Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a) ?
TAK
(czy także na jaja kurze, neomycynę ?) _____
NIE
7. Czy jest Pan(i) odczulany(a) ?
TAK
(kiedy była ostatnia dawka ?) _____
NIE

8. Czy choruje Pan(i) na anemię sierpowatą lub inne choroby krwi w tym zaburzenia krzepnięcia ?

TAK

NIE

9. Tylko dla kobiet!

Czy jest Pani w ciąży lub w najbliższym czasie ją planuje ?

TAK

NIE

10. INFORMACJE DOTYCZĄCE POPRZEDNIEGO SZCZEPIENIA

Data poprzedniego szczepienia _____

Nazwa szczepionki _____

Dawka _____

ORZECZENIE LEKARSKIE:

PACJENT MOŻE BYĆ SZCZEPIONY TAK / NIE

Termin następnego szczepienia w tym cyklu _____

Data _____

Godzina _____

Podpis i pieczęć lekarza

Ze względu na własne bezpieczeństwo Pacjent powinien pozostać na terenie Przychodni przez 30 min po wykonaniu szczepienia.

Potwierdzam, że miałem(am) możliwość zadania lekarzowi pytań dotyczących sposobu wykonania usługi medycznej, jej celowości oraz grożących powikłań i uzyskałem(am) wyczerpujące, zrozumiałe, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi. Potwierdzam zgodność i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia:

Data i podpis pacjenta* _____

Data i podpis przedstawiciela ustawowego* _____

Data i podpis opiekuna faktycznego* _____

* niepotrzebne skreślić