

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(dzień) (m-c) (rok)

## Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem dzieci i młodzieży



**Dla rodziców/ opiekunów dziecka:** Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można wykonać u Państwa dziecka w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że dziecko nie należy szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumieją Państwo pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.

- |  | TAK                      | NIE                      | NIE<br>WIEM              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Czy dziecko jest dziś chore?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę)? Czy dziecko jest leczone przewlekle kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki? Czy u dziecka występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagłe niewyjaśnione zgony z powodu zakażeń?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatykami), poddawano radioterapii (napromieniowaniu) lub leczeniu biologicznemu (lekami immunologicznymi, np. z powodu zapalenia stawów lub nieswoistego zapalenia jelita)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, Krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub otrzymuje lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Czy dziewczynka/ nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Formularz wypełniony przez: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Formularz sprawdzony przez: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Czy przynieśli Państwo ze sobą książeczkę szczepień dziecka (lub kartę uodpornienia)? TAK  NIE

Ważne, aby zawsze mieli Państwo aktualną dokumentację szczepień, którym poddano dziecko. Jeśli wykonanych szczepień nie odnotowano w książeczce szczepień dziecka lub ją Państwo zgubili, proszę poprosić swojego lekarza, aby uzupełnił brakujące wpisy lub wydał Państwu nowy, uzupełniony dokument. Dokument ten należy przechowywać w bezpiecznym miejscu i nosić ze sobą na każdą wizytę dziecka u lekarza (wraz z książeczką zdrowia dziecka). Proszę się upewnić, czy lekarz zapisał w nim wszystkie wykonane szczepienia. Ta informacja może być potrzebna w wielu sytuacjach w ciągu całego życia dziecka.

**TAGRAF / 98-113 Buczek, Bachorzyn 13, tel. 43 677 41 56, fax 43 881 09 83**