

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

Imię i nazwisko osoby szczepionej .....PESEL lub seria i nr paszportu:.....

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

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

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....PESEL lub seria i nr paszportu:.....

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

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

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

Контактні дані (номер телефону): .....

Анкета попереднього скринінгового опитування перед вакцинацією дитини

віком 5–11 років від COVID-19

(анкету слід заповнити перед візитом у пункт вакцинації)

**Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem dziecka w wieku  
5-11 lat przeciw COVID-19**  
**(kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień)**

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

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.

**Допуск до вакцинації осіб віком 5–11 років здійснюється лікарем**

№ з/п	Попередні запитання щодо ризику інфікування COVID-19	Так	Ні
1.	Чи були за останні 7 днів у дитини контакти з особою, яка отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, чи проживає дитина останні 7 днів з особою, яка отримала позитивний результат генетичного		

№ з/п	Попередні запитання щодо ризику інфікування COVID-19	Так	Ні
	тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, чи проживає дитина з особою, у якої в цей період спостерігалися симптоми COVID-19 (вказані в запитаннях 2-4)? Czy w ciągu ostatnich 7 dni dziecko miało 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)?		
2.	Чи спостерігалась у дитини за останні 7 днів підвищена або висока температура тіла? Czy w ciągu ostatnich 7 dni dziecko miało podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
3.	Чи спостерігався у дитини за останні 7 днів біль у горлі, новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання? Czy w ciągu ostatnich 7 dni u dziecka poddawanego szczepieniu występował ból gardła, nowy, utrzymujący się kaszel?		
4.	Чи за останні 7 днів дитина скаржилася на втрату нюху або смаку? Czy w ciągu ostatnich 7 dni dziecko skarżyło się na utratę węchu lub smaku?		
5.	Чи спостерігаються зараз у дитини інфекція дихальних шляхів, діарея, блювання? Czy dziecko ma obecnie infekcję dróg oddechowych, biegunkę, wymioty?		

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 дитини віком 5–11 років від COVID-19

№ з/п	Запитання, що стосуються стану здоров'я	Так <sup>a</sup>	Ні	Не знаю <sup>a</sup>
1.	Чи відчувається дитина хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації: .....°C) Czy dziecko czuje się dzisiaj chore? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień)			
2.	Чи спостерігалась будь-коли в дитини важка несприятлива реакція на вакцинацію (запитання стосується також першої дози вакцини проти COVID-19)? Якщо так, яка? Яка вакцина використовувалася? ..... Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciw COVID-19)? Jeśli tak, jaka? Jaka szczepionka została podana?			
3.	Чи діагностувалася в дитини алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини <sup>1</sup> ? Czy u dziecka rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbit lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki?			
4.	Чи діагностовано в минулому у дитини важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах?			

<sup>1</sup> Детальнішу інформацію на тему складу вакцин проти COVID-19 ви знайдете в Інформації для пацієнта, доступній на сайті <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.

№ з/п	Запитання, що стосуються стану здоров'я	Так <sup>a</sup>	Ні	Не знаю <sup>a</sup>
	Czy w przeszłości u dziecka rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			
5.	Чи спостерігається в дитини загострення хронічного захворювання? Czy u dziecka występuje zaostrzenie choroby przewlekłej?			
6.	Чи приймає дитина 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? Czy dziecko otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki z powodu nowotworu złośliwego (cytostatyczne), leki po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Чи хворіє дитина гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові? Czy dziecko choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			

а) Відповідь «ТАК» або «НЕ ЗНАЮ» на будь-яке із запитань вимагає додаткового консультування з боку лікаря, який здійснює допуск до вакцинації.

а) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza kwalifikującego do szczepienia.

№ з/п	Запитання в пункті вакцинації	Так	Ні
1.	Чи є сумніви щодо поставлених запитань? Czy nasunęły się wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Чи отримано відповіді на поставлені запитання? Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania?		

Допущений(а) до вакцинації / не допущений(а) до вакцинації (необхідне підкреслити)  
Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

..... Дата: ...../час .....

(розбірливий підпис лікаря) Data godzina  
(czytelny podpis lekarza)

**Zgoda przedstawiciela ustawowego**  
**Згода законного представника**

Я, ..... номер PESEL: .....,  
(ім'я та прізвище / номер PESEL законного представника або – у разі відсутності номера PESEL – тип, серія і номер документа, що посвідчує особу)

заявляю, що я є законним представником:

.....дата нар....., номер PESEL:.....

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

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

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