**Місце для найменування медичної установи**

**Miejsce na oznaczenie placówki medycznej**

Ім'я і прізвище пацієнта: ……………………………….……………………………….……………………………….……

Imię i nazwisko pacjenta

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

PESEL lub seria i nr paszportu:

Контактні дані (номер телефону):……………………………………………………………………………………………

Dane kontaktowe (numer telefonu):

# **Анкета попереднього скринінгового опитування перед вакцинацією дорослої особи від COVID-19**

**Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19**

**Анкету слід заповнити перед візитом у пункт вакцинації.**

**Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień**.

Відповіді на наведені нижче запитання дозволять медичному персоналу, який здійснює допуск до вакцинації, прийняти рішення, чи можна зробити вамсьогодні 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.

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można u Pani/Pana 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.

| **№ з/п** | **Попередні запитання щодо ризику нараження на COVID-19****Pytania wstępne** | **Так****Tak** | **Ні****Nie** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Чи отримували ви позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2 за останні 30 днів? Czy w ciągu ostatnich 30 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?  |  |  |
|  | 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 проживаєтеви з особою, у якої в цей період спостерігалися симптоми COVID-19 (вказані в запитаннях 3–5)? Czy w ciągu ostatnich 7 dni miała Pani/miał Pan 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. 3–5)? |  |  |
|  | Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів підвищена або висока температура тіла?Czy w ciągu ostatnich 7 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? |  |  |
|  | Чи спостерігався у вас за останні 7 днів біль у горлі, новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання? Czy w ciągu ostatnich 7 dni występował u Pani/Pana ból gardła, nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? |  |  |
|  | Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів втрата нюху або смаку? Czy w ciągu ostatnich 7 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub smaku? |  |  |
|  | Чи є у вас сьогодні симптоми застуди, діарея, блювання?Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma 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.

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.

# **Анкета опитування перед вакцинацією дорослої особи від COVID-19**

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

| **№ з/п** | **Запитання, що стосуються стану здоров'я** **Pytania dotyczące stanu zdrowia** | **Такa****Taka** | **Ні****Nie** | **Не знаюa****Nie wiema** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Чи почуваєтеся ви хворим/хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації: …………oC) Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: …………oC) |  |  |  |
|  | Чи спостерігалась будь-коли у вас важка несприятлива реакція на вакцинацію (запитання стосується також першої дози вакцини проти COVID-19)? Якщо так, яка?……………………………………………………Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka? |  |  |  |
|  | Чи діагностувалася у вас алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини[[1]](#footnote-2)?Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ? |  |  |  |
|  | Чи діагностовано у вас в минулому важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах?Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? |  |  |  |
|  | Чи спостерігається у вас загострення хронічного захворювання?Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?  |  |  |  |
|  | 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?Czy otrzymuje Pani/Pan 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 хворієте ви гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові?Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? |  |  |  |
| **8.** | Чи було діагностовано у вас гепарин-індуковану тромбоцитопенію (ГІТ) або тромбоз синусів твердої мозкової оболони?Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? |  |  |  |
| **9.** | *(запитання стосується лише жінок)*Ви вагітні?(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży? |  |  |  |
| **10.** | *(запитання стосується лише жінок)*Чи годуєте ви зараз грудьми?(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią?  |  |  |  |

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 допускудо вакцинаціїлікарем.

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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ з/п**  | **Запитання в пункті вакцинації****Pytania w miejscu szczepienia** | **Так****Tak** | **Ні****Nie** |
|  | Чи є у вас сумніви щодо поставлених запитань? Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? |  |  |
|  | Чи отримали ви відповіді на поставлені запитання?Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania? |  |  |

Розбірливий підпис особи, якій проводиться щеплення: ………………… Дата/Data: …………час/godz. ……..

Czytelny podpis osoby szczepionej:

Додаткове опитування в пункті вакцинації:………………………………………

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:

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

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

…………………………………………………………………………………... Дата/Data: ……………час/godz. ………

(розбірливий підпис особи, яка здійснює допуск до вакцинації)

(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

**Заява**

**Oświadczenie**

Я заявляю, що даю згоду на вакцинацію проти COVID-19. Підтверджую, що мене ознайомили зінформацією, яка стосується цього щеплення, і ця інформація мені зрозуміла. Мені також дали відповіді на всіпоставлені мною запитання, відповіді мені зрозумілі.

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.

………….…………………………………

Дата і розбірливий підпис

Data i czytelny podpis

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.*

*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.*  [↑](#footnote-ref-2)