

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

(dzień)

(mies.)

(rok)

Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem dzieci i młodzieży

Dla rodziców/opiekunów dziecka: Odpowiedz 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 wiem
1. Czy dziecko jest dziś chore?	☐	☐	☐
2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateksy?	☐	☐	☐
3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?	☐	☐	☐
4. Dotyczy dzieci młodszych niż 6 miesięcy: Czy u niemowlęcia kiedykolwiek wystąpiło wżłobienie (zablokowanie, niedrożność) jelita?	☐	☐	☐
5. Czy u dziecka występują lub występowały problemy z krzepnięciem krwi (mała liczba płytek krwi)?	☐	☐	☐
6. 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)?	☐	☐	☐
7. 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 zgony z powodu zakażeń?	☐	☐	☐
8. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, kortyzonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym, poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczono z powodu idiopatycznego (młodzieńczego) zapalenia stawów (lub innych chorób tkanki łącznej), nieswoistego zapalenia jelita (choroba Crohna) lub łuszczycy?	☐	☐	☐
9. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) lub lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną)?	☐	☐	☐
10. Czy dziecko aktualnie jest leczone lekiem przeciwwirusowym (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca) lub otrzymywało go w ciągu minionych 24 godzin?	☐	☐	☐
11. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?	☐	☐	☐
12. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	☐	☐	☐

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.