

Kwalifikacja do szczepienia pacjenta w wieku 0-18 lat

(Wypełnia rodzic/opiekun prawny dziecka/osoba upoważniona przez wymienione osoby)

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:.....

1. Czy u dziecka były wykonywane szczepienia w ostatnich 4 tygodniach? Tak Nie
 Jeśli Tak – proszę podać rodzaj, datę
2. Czy u dziecka występowały niepożądane odczyny poszczepienne? Tak Nie
 Jeśli Tak- jakie? Po jakiej szczepionce?.....
3. Czy dziecko jest uczulone na leki, szczepionki, pokarmy(białko jaja Tak Nie
 kurzego, produkty mleczne, inne)?
 Jeśli Tak – proszę podać jaki.....
4. Czy dziecko ma aktualnie jakiegokolwiek objawy chorobowe (gorączka, Tak Nie
 kaszel, wymioty, biegunka, inne)?
 Jeśli Tak – jakie?.....
5. Czy dziecko było chore w okresie ostatnich 4 tygodni? Tak Nie
 Jeśli Tak – na co? Jak było leczone?.....
6. Czy dziecko choruje na chorobę przewlekłą? (serca, płuc, nerek, krwi, Tak Nie
 przewodu pokarmowego, metaboliczną cukrzycę)?
 Jeśli Tak – jaką?.....
7. Czy dziecko otrzymuje aktualnie leki? Tak Nie
 Jeśli Tak – jakie?.....
2. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, AIDS lub inne choroby Tak Nie
 układu odpornościowego?
 Jeśli Tak – jaką?.....
3. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy było leczone w związku Tak Nie
 z nowotworem złośliwym (cytostatyki) lub były poddane radioterapii
 (napromienieniu)?
 Jeśli Tak – jakie leki? Kiedy napromienienie?.....
4. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy było leczone sterydami Tak Nie
 (doustnie, domięśniowo, dożylnie np.: kortyzon, prednizon hydrokortyzon, encorton)?
 Jeśli Tak – jakim lekiem? Kiedy?.....
5. Czy dziecko w ciągu minionego roku otrzymało krew lub preparat krwi Tak Nie
 (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) albo immunoglobulinę?
 Jeśli Tak – jaki?.....
6. Czy dziecko jest/ było odczulane? Tak Nie
 Jeśli Tak – na co? Jaką metodą, kiedy?.....
7. Czy u dziecka występowały drgawki lub inne objawy ze strony układu Tak Nie
 nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności,
 niedowład, paraliż)?
 Jeśli Tak – jakie, kiedy?.....
8. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży Tak Nie

Miejscowość, data.....

Podpis rodzica lub opiekuna prawnego*

* W przypadku pacjentów 16-18 lat podpisuje i pacjent i jego przedstawiciel ustawowy