



Centrum Promocji Zdrowia S.C.
43-600 Jaworzno ul. Paderewskiego 43
Tel. (032) 752-24-6 4, (032) 615-64-06
NIP 632-10-29-157 Regon 271864785-00024

....., data

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....
adres zamieszkania

.....
stosunek przedstawiciela ustawowego
do małoletniego (np. ojciec, matka)

Kwestionariusz

Do wypełnienia w przypadku zgody na wykonanie szczepienia ochronnego pacjenta do 18. r.ż. w obecności opiekuna faktycznego.

1. Czy dziecko w dniu podpisania oświadczenia jest chore?
 TAK NIE

2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?
 TAK (jakie?)
 NIE

3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?
 TAK (jaka?)
 NIE

4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę)?
 TAK (jakie to jest schorzenie, jakie leki przyjmuje?)
.....
 NIE

5. Czy dziecko jest leczone przewlekle kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)?
 TAK NIE

6. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi), poddawano radioterapii (napromieniowaniu) lub leczeniu biologicznemu (lekami immunologicznymi, np. z powodu zapalenia stawów lub nieswoistego zapalenia jelit)?
 TAK NIE



Centrum Promocji Zdrowia S.C.

43-600 Jaworzno ul. Paderewskiego 43

Tel. (032) 752-24-6 4, (032) 615-64-06

NIP 632-10-29-157 Regon 271864785-00024

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, niewyjaśnione zgony z powodu zakażeń?

TAK NIE

8. 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)?

TAK NIE

9. 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)?

TAK NIE

10. Czy dziecko otrzymywało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?

TAK (jaką?)

NIE

11. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?

TAK NIE NIE DOTYCZY

Data poprzedniego szczepienia

Nazwa szczepionki

Dawka

Po świadomym udzieleniu odpowiedzi na powyższe pytania, wyrażam zgodę na wykonanie u mojego niepełnoletniego dziecka szczepienia ochronnego w Centrum Promocji Zdrowia w Jaworznie w zakresie:

.....

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie