**Місце для найменування медичної установи**

Ім'я і прізвище щеплюваної особи: ……………………………….номер PESEL або серія і номер закордонного паспорта:…………………………….

Ім'я і прізвище:…………………................................................ номер PESEL або серія і номер закордонного паспорта: …………………………….

законного представника

# **Анкета попереднього скринінгового опитування перед вакцинацією дитини віком 5–11 років від COVID-19**

**(анкету слід заповнити перед візитом у пункт вакцинації)**

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 5–11 років здійснюється лікарем**

| **№ з/п** | **Попередні запитання** | **Так** | **Ні** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Чи отримувала дитина позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2 за останні 30 днів?  |  |  |
|  | Чи були за останні 14 днів у дитини контакти з особою, яка отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, чи проживає дитина останні 14 днів з особою, яка отримала позитивний результат генетичного 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 3–5)?  |  |  |
|  | Чи спостерігалась у дитини за останні 14 днів підвищена або висока температура тіла?  |  |  |
|  | Чи спостерігався у дитини за останні 14 днів новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання?  |  |  |
|  | Чи спостерігалась у дитини за останні 14 днів втрата нюху або смаку?  |  |  |
|  | Чи спостерігаються в дитини симптоми інфекції дихальних шляхів, діарея, блювання?  |  |  |

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**  | **Такa** | **Ні** | **Не знаюa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Чи почувається дитина хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації: …………oC)  |  |  |  |
|  | 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?…………………………………………………… |  |  |  |
|  | Чи діагностувалася в дитини алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини[[1]](#footnote-1)? |  |  |  |
|  | Чи діагностовано в минулому у дитини важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах? |  |  |  |
|  | Чи спостерігається в дитини загострення хронічного захворювання? |  |  |  |
|  | 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, променеву терапію (опромінювання) або біологічне лікування в зв'язку з запаленням суглобів, неспецифічним запаленням кишечника (наприклад, хворобою Крона) або псоріазом? |  |  |  |
|  | Чи хворіє дитина гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові? |  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ з/п**  | **Запитання в пункті вакцинації** | **Так** | **Ні** |
|  | Чи є сумніви щодо поставлених запитань?  |  |  |
|  | Чи отримано відповіді на поставлені запитання? |  |  |

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

…………………………………………………………………………………... Дата: ……………/час ………

(розбірливий підпис лікаря)

**Згода законного представника**

Я, …….………………………………………………………. номер PESEL: ................................................................,

(ім'я і прізвище / номер PESEL законного представника)

 …………..……………………………………….серія: …………… №:………………………..

(назва документа, що посвідчує особу)

заявляю, що я є законним представником:

………………………….…………………………..…………дата нар..……………………, номер PESEL:…….………….

(ім'я і прізвище / дата народження / номер PESEL малолітньої особи)

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

………….…………………………………

Дата і розбірливий підпис

(підпис законного представника)

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.*  [↑](#footnote-ref-1)