

Місце для найменування медичної установи
Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Ім'я і прізвище щеплюваної особи (Imię i nazwisko osoby szczepionej):номер PESEL або серія і номер закордонного паспорта (PESEL lub seria i nr paszportu):.....

Ім'я і прізвище (Imię i nazwisko):..... номер PESEL або серія і номер закордонного паспорта (PESEL lub seria i nr paszportu):
законного представника (przedstawiciela ustawowego)
Контактні дані (номер телефону): Dane kontaktowe (numer telefonu):

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

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem dziecka w wieku 5-11 lat 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 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.
Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować czy można zaszczepić dziecko kwalifikowane do szczepienia przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie lekarza kwalifikującego

Допуск до вакцинації осіб віком 5–11 років здійснюється лікарем
Kwalifikację do szczepienia osób w wieku 5-11 lat prowadzi lekarz

№ з/п Lp.	Попередні запитання Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19	Так Tak	Ні Nie
1.	Чи отримувала дитина позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2 за останні 30 днів? Czy w ciągu ostatnich 30 dni dziecko miało dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	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)? Czy w ciągu ostatnich 7 dni dziecko miało 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)?		
3.	Чи спостерігалась у дитини за останні 14 днів підвищена або висока температура тіла? Czy w ciągu ostatnich 7 dni dziecko miało podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Чи спостерігався у дитини за останні 14 днів новий тривалий кашель або		

№ з/п Лр.	Попередні запитання Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19	Так Tak	Ні Nie
	загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання? Czy w ciągu ostatnich 7 dni u dziecka poddanego szczepieniu występował ból gardła, nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Чи спостерігалась у дитини за останні 14 днів втрата нюху або смаку? Czy w ciągu ostatnich 7 dni dziecko skarżyło się na utratę węchu lub smaku?		
6.	Чи спостерігаються в дитини симптоми інфекції дихальних шляхів, діарея, блювання? Czy dziecko ma obecnie infekcję dróg oddechowych, 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 дитини віком 5–11 років від COVID-19

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem dziecka w wieku 5-11 lat przeciw COVID-19

№ з/п Лр.	Запитання, що стосуються стану здоров'я Pytania dotyczące stanu zdrowia	Так ^a Tak	Ні Nie	Не знаю ^a Nie wiem
1.	Чи почувається дитина хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації:°C) Czy dziecko czuje się dzisiaj chore? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C)			
2.	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? Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciw COVID-19)? Jeśli tak, jaka? Jaka szczepionka została podana?			
3.	Чи діагностувалася в дитини алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини ¹ ? Czy u dziecka rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbit lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ² ?			
4.	Чи діагностовано в минулому у дитини важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах?			

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.

² 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.

№ з/п Lp.	Запитання, що стосуються стану здоров'я Pytania dotyczące stanu zdrowia	Так ^a Tak	Ні Nie	Не знаю ^a Nie wiem
	Czy w przeszłości u dziecka rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			
5.	Чи спостерігається в дитини загострення хронічного захворювання? Czy u dziecka występuje zaostrzenie choroby przewlekłej?			
6.	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, променевої терапії (опромінювання) або біологічне лікування в зв'язку з запаленням суглобів, неспецифічним запаленням кишечника (наприклад, хворобою Крона) або псоріазом? Czy dziecko otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki z powodu nowotworu złośliwego (cytostatyczne), leki po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Чи хворіє дитина гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові? Czy dziecko choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			

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

а) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza kwalifikującego do szczepienia.

№ з/п	Запитання в пункті вакцинації Pytania w punkcie szczepień	Так Tak	Ні Nie
1.	Чи є сумніви щодо поставлених запитань? Czy nasunęły się wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Чи отримано відповіді на поставлені запитання? Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania?		

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 лікаря)
(czytelny podpis lekarza)

Згода законного представника
Zgoda przedstawiciela ustawowego

Я (Ja), номер PESEL (PESEL):

.....
(ім'я і прізвище / номер PESEL законного представника)
(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego)

.....серія (seria): № (nr):.....

(назва документа, що посвідчує особу)

(nazwa dokumentu tożsamości)

заявляю, що я є законним представником (oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym):

.....дата нар (data ur.)....., номер PESEL

(PESEL):.....

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

(imię i nazwisko/data urodzenia/PESEL osoby małoletniej)

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

i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19 w dniu:

.....

Дата і розбірливий підпис
(підпис законного представника)

Data i czytelny podpis
(podpis przedstawiciela ustawowego)