

Wywiad przesiewowy przed szczepieniem niemowląt i dzieci starszych – lista pytań^{a, b}

Скринінгове опитування перед вакцинацією немовлят і дітей старшого віку — список питань^{a, б}

Imię i nazwisko dziecka:
 Ім'я та прізвище дитини:

Data urodzenia:
 Дата народження:.....

Czas trwania ciąży (w tyg. wg książeczki zdrowia dziecka):
 Тривалість вагітності (у тижнях на основі даних із медичної карти дитини):

PYTANIE PRZESIEWOWE СКРИНІНГОВІ ЗАПИТАННЯ		NIE HI	TAK TAK	NIE WIEM Я НЕ ЗНАЮ
1. Czy dziecko wydaje się dziś chore (nowe objawy, choroba przewlekła, stwierdzone wady wrodzone)?	1. Чи сьогодні дитина здається хворою (нові симптоми, хронічне захворювання, підтвержені вроджені вади)?			
2. Czy wiadomo, że dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateksy?	2. Чи у дитини є алергія на ліки, продукти харчування, будь-які вакцини чи латекс?			
3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka lub inna niepokojąca reakcja po szczepieniu?	3. Чи була у дитини коли-небудь тяжка або інша тривожна реакція після вакцинації?			
4. Czy u niemowlęcia kiedykolwiek lekarz rozpoznał wglóbenie jelita (zablokowanie, niedrożność)?	4. Чи лікар коли-небудь діагностував у немовляти інвагінацію (закупорку, непрохідність)?			
5. Czy u dziecka występują lub występowały problemy z krzepnięciem krwi (mała liczba płytek krwi)?	5. Чи дитина має або мала проблеми зі згортанням крові (низький рівень тромбоцитів)?			
6. Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki? Czy u dziecka występowały lub występowały zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?	6. Чи були у дитини, брата чи сестри або одного з батьків судоми? Чи у дитини були або є симптоми з боку головного мозку чи інші симптоми з боку нервової системи (напр., порушення свідомості, втрата свідомості, парез або параліч, розумова відсталість)?			
7. Czy u dziecka kiedykolwiek rozpoznano nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? Czy u rodziców lub rodzeństwa dziecka rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub wystąpiły nagłe zgony z powodu ciężkich zakażeń?	7. Чи у дитини будь-коли діагностували онкологічне захворювання, лейкемію, СНІД (ВІЛ-інфекцію) чи інші хвороби імунної системи? Чи був у батьків або брата чи сестри дитини діагностований тяжкий спадковий імунodefіцит або виникла раптова смерть від тяжких інфекцій?			
8. Czy dziecko w ciągu minionych 3 mies. leczono prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, ortyzonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym, poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczono z powodu młodzieńczego zapalenia stawów (lub innych chorób tkanki łącznej), nieswoistego zapalenia jelita (choroba Crohna) lub łuszczycy? Czy dziecku przeszczepiono narząd lub szpik kostny?	8. Чи протягом останніх 3-х місяців дитина лікувалася преднізоном або іншим кортикостероїдом (дексаметазоном, кортизоном, преднізолоном, гідрокортизоном тощо), протипухлинними препаратами, променевою терапією або лікувалася від ювенільного артриту (або інших захворювань сполучної тканини), неспецифічного ентероколіту (хвороба Крона) або псоріазу? Чи дитини зробили пересадку органа або кісткового мозку?			
9. Czy mama niemowlęcia otrzymywała w ciąży silne leki osłabiające odporność (takie jak: infliksymab, adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, anakinra, tocyliczumab, rytuksymab)? Czy mama otrzymywała/otrzymuje takie leki w okresie karmienia piersią?	9. Чи отримувала мати немовляти сильні імуносупресивні препарати під час вагітності (такі як: інфліксимаб, адалімуаб, цертолізумаб, етанерцепт, голімуаб, анакінра, тоцілізумаб, ритуксимаб)? Чи мати отримувала/приймає такі ліки під час годування груддю?			
10. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) lub immunoglobulinę (gammaglobulinę)?	10. Чи отримувала дитина кров або продукт крові (наприклад, плазму, еритроцити, тромбоцити) або імуноглобулін (гамма-глобулін) протягом минулого року?			
11. Czy dziecko aktualnie jest leczone lekiem przeciwwirusowym (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca) lub otrzymywało go w ciągu minionych 24 godzin?	11. Чи лікується дитина протівірусним препаратом (з приводу простого герпесу, вітряної віспи або оперізувального лишая) чи отримувала його протягом останніх 24 годин?			
12. Czy dziecko choruje na astmę lub zapalenie oskrzeli/płuc ze „świszczącym oddechem”?	12. Чи хворіє дитина на астму чи бронхіт/пневмонію зі “свистячим диханням”?			
13. Czy dziecko było kiedykolwiek leczone w szpitalu z powodu innej choroby niż wymienione wyżej? Czy aktualnie przyjmuje jakieś leki inne niż wyżej wymienione?	13. Чи лікувалася дитина коли-небудь у стаціонарі від будь-яких захворювань, крім зазначених вище? Чи приймає зараз якісь ліки, крім перерахованих вище?			
14. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?	14. Чи дівчинка/дівчина-підліток вагітна або є ризик, що вона завагітніє протягом наступного місяця?			
15. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	15. Чи отримувала дитина будь-які щеплення за останні 4 тижні?			

^a przedrukowano z: „Zasady kwalifikacji do szczepienia dzieci i młodzieży. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Wakcynologii”, Med. Prakt. Szczep. Wyd. Specjal. 1/2020
^a передруковано з: „Zasady kwalifikacji do szczepienia dzieci i młodzieży. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Wakcynologii”, Med. Prakt. Szczep. Wyd. Specjal. 1/2020
^b odpowiedź NIE na wszystkie pytania wskazuje na brak przeciwwskazań do szczepienia; odpowiedź TAK lub NIE WIEM przynajmniej na 1 pytanie wskazuje na konieczność pogłębienia wywiadu przed podjęciem decyzji o kwalifikacji do szczepienia
^b відповідь HI на всі запитання свідчить про відсутність протипоказань для вакцинації; TAK або НЕ ЗНАЮ принаймні на 1 запитання вказує на необхідність поглиблення анамнезу, перш ніж приймати рішення про відбір для вакцинації

Formularz wypełniony przez: _____ Data: _____
 Форму заповнив(ла): Дата:

Stopień pokrewieństwa z dzieckiem: mama / tata / inny (proszę wpisać jaki)
 Ступінь спорідненості з дитиною: мама/тато/інший (впишіть, будь ласка, який)

Formularz sprawdzony przez: _____ Data: _____
 Формуляр перевірів(ла): Дата: