

**Wywiad przesiewowy przed szczepieniem noworodka w pierwszych dniach życia (WZW typu B, BCG) - lista pytań<sup>a, b</sup>**  
**Скринінгове опитування перед вакцинацією новонародженого в перші дні життя (вірусний гепатит В, БЦЖ) - перелік питань<sup>a, б</sup>**

Imię i nazwisko dziecka:  
 Im'я та прізвище дитини: .....

Data urodzenia:  
 Дата народження:.....

Czas trwania ciąży (w tygogniach):  
 Тривалість вагітності (у тижнях): .....

PYTANIE PRZESIEWOWE СКРИНІНГОВІ ЗАПИТАННЯ		NIE HI	TAK TAK	NIE WIEM Я НЕ ЗНАЮ
1. Czy u rodziców lub rodzeństwa dziecka rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub wystąpiły nagłe zgony z powodu ciężkich zakażeń?	3. Чи був у батьків чи брата або сестри дитини діагностований тяжкий спадковий імунodefіцит або виникла раптова смерть від тяжких інфекцій?			
2. Czy mama dziecka otrzymywała (kiedy?) w ciąży silne leki osłabiające odporność (takie jak: infliksymab, adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, anakinra, tocylizumab, rytuksymab)? Czy mama otrzymuje te leki aktualnie i będzie karmiła noworodka piersią?	4. Чи отримувала (і коли?)мати дитини сильнодіючі препарати, що послаблюють імунітет, під час вагітності (такі як: інфліксимаб, адалімумаб, цертолізумаб, етанерцепт, голімумаб, анакінра, тоцилізумаб, ритуксимаб)? Чи приймає мама зараз ці ліки і чи буде вона годувати новонароджену дитину грудьми?			
3. Czy u mamy dziecka stwierdzono w ciąży (lub wcześniej) zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B (WZW typu B, żółtaczkę „wszczepienna”), antygen HBs lub zakażenie HIV?	5. Чи діагностовано у матері дитини зараження вірусом гепатиту В (вірусний гепатит В, гепатит В), наявність антигену HBs чи ВІЛ-інфекцію під час вагітності (або раніше)?			
4. Czy mama dziecka posiada aktualny wynik badania antygeny HBs i w kierunku HIV (wykonanych w 33.–37. tc. lub później, albo tuż przed porodem przedwczesnym), i są one ujemne?	6. Чи є у матері дитини актуальний результат тесту на антиген HBs та на наявність ВІЛ (зроблений на 33–37 тижні вагітності або пізніше), і чи вони негативні?			
<small><sup>a</sup> przedrukowano z: „Zasady kwalifikacji do szczepienia dzieci i młodzieży. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Wakcynologii”, Med. Prakt. Szczep. Wyd. Specjal. 1/2020  <sup>a</sup> передруковано з: „Zasady kwalifikacji do szczepienia dzieci i młodzieży. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Wakcynologii”, Med. Prakt. Szczep. Wyd. Specjal. 1/2020  <sup>b</sup> odpowiedź NIE na pyt. 1.–5. oraz TAK na pyt. 6. wskazuje na brak przeciwwskazań do szczepienia noworodka; odpowiedź TAK lub NIE WIEM na pyt. 1.–5. oraz NIE lub NIE WIEM na pyt. 6. wskazuje na konieczność pogłębienia wywiadu o szczegółowe informacje przed podjęciem decyzji o kwalifikacji noworodka do szczepienia przeciwko WZW typu B lub gruźlicy (BCG)  <sup>c</sup> відповідь HI на запитання 1.–5. і TAK на запитання 6. вказує на відсутність протипоказань до вакцинації новонародженого; відповідь TAK або НЕ ЗНАЮ на запитання 1.–5. і HI або НЕ ЗНАЮ на запитання 6. вказує на необхідність поглиблення анамнезу детальною інформацією перед прийняттям рішення про відбір новонародженого для вакцинації проти вірусного гепатиту В або туберкульозу (БЦЖ)</small>				

**Oświadczenie matki/opiekuna prawnego**

**Заява матері/законного опікуна**

Wyrażam dobrowolnie na wykonanie szczepień ochronnych przeciw gruźlicy (BCG) i żółtaczkę zakaźnej typu B (WZW B) oraz podanie domięśniowo witaminy K.

Я добровільно даю згоду на щеплення проти туберкульозу (БЦЖ) та інфекційного гепатиту В (гепатит В), а також на внутрішньом'язове введення вітаміну К.

Formularz wypełniony przez:  
 Форму заповнив(ла): .....

Data:  
 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:  
 Формуляр перевірів(ла): .....

Data:  
 Дата: .....