

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia ..... / ..... / .....

### KWESTIONARIUSZ WYWIADU PRZESIEWOWEGO PRZED SZCZEPIENIEM DZIECI I MŁODZIEŻY

**Dla rodziców/opiekunów dziecka:** Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można wykonać u Państwa dziecka w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że dziecka nie należy szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumieją Państwo pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.

	Tak	Nie	Nie wiem
1. <u>Czy dziecko jest chore?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <u>Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy lub jakieś szczepionki?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <u>Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek poważna reakcja na szczepienie?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <u>Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzyce)?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <u>Czy u dziecka występowały drgawki lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy (np. raka) białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <u>Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (hydrokortyzonem, Encortonem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatykami) lub poddawano radioterapii (napromieniowaniu)?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <u>Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) albo lek nazywany immunoglobuliną (gamma-globuliną)?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <u>Czy dziewczynka / nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <u>Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formularz wypełniony przez: ..... Data .....

Czy przynieśli Państwo ze sobą książeczkę zdrowia dziecka (lub kartę szczepień)? Tak  Nie