**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 Так** | **Ні Nie** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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? |  |  |
|  | 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)? |  |  |
|  | 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? |  |  |
|  | Чи спостерігався у дитини за останні 14 днів новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання?  Czy w ciągu ostatnich 7 dni u dziecka poddawanego szczepieniu występował ból gardła, nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? |  |  |
|  | 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? |  |  |
|  | 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 Lp.** | **Запитання, що стосуються стану здоров'я  Pytania dotyczące stanu zdrowia** | **Такa Tak** | **Ні Nie** | **Не знаюa Nie wiem** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Чи почувається дитина хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації: …………oC)  Czy dziecko czuje się dzisiaj chore? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: …………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?  …………………………………………………… 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?  …………………………………………………… |  |  |  |
|  | Чи діагностувалася в дитини алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини[[1]](#footnote-2)? Czy u dziecka rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki[[2]](#footnote-3)? |  |  |  |
|  | Чи діагностовано в минулому у дитини важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах? Czy w przeszłości u dziecka rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? |  |  |  |
|  | Чи спостерігається в дитини загострення хронічного захворювання? Czy u dziecka występuje zaostrzenie choroby przewlekłej? |  |  |  |
|  | 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? 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? |  |  |  |
|  | Чи хворіє дитина гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові? Czy dziecko choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? |  |  |  |

a) Відповідь «ТАК» або «НЕ ЗНАЮ» на будь-яке із запитань вимагає додаткового консультування з боку лікаря, який здійснює допуск до вакцинації.   
a) 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** |
|  | Чи є сумніви щодо поставлених запитань?  Czy nasunęły się wątpliwości do zadanych pytań? |  |  |
|  | 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)

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-2)
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.*  [↑](#footnote-ref-3)