

Imię i nazwisko dziecka

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

**KWESTIONARIUSZ WYWIADU PRZESIEWOWEGO
PRZED SZCZEPIENIEM DZIECI I MŁODZIEŻY**

Dla rodziców/opiekunów prawnych 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. Czy dziecko jest chore?	☐	☐	☐
2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy lub jakieś szczepionki?	☐	☐	☐
3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek poważna reakcja na szczepienie?	☐	☐	☐
4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę)?	☐	☐	☐
5. Czy u dziecka występowały drgawki lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?	☐	☐	☐
6. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy (np. raka) białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?	☐	☐	☐
7. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (hydrokortyzonem, Encortonem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi) lub poddawano radioterapii (napromieniowaniu)?	☐	☐	☐
8. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) albo lek nazywany immunoglobuliną (gamma-globuliną)?	☐	☐	☐
9. Czy dziewczynka / nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?	☐	☐	☐
10. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	☐	☐	☐
11. Czy w jakimś miejscu na skórze występują u dziecka brodawki skórne (kurzajki)?	☐	☐	
- Kiedy pojawiły się pierwsze?	lat/.....miesiący temu		
- Lokalizacja/ ilość:	dłoń prawa...../ dłoń lewa...../stopa prawa...../ stopa lewa...../ inne.....		

Formularz wypełniony przez: Data

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

EDICTUM
PLUS

