

**Місце для найменування медичної установи****Miejsce na oznaczenie placówki medycznej**

Ім'я і прізвище пацієнта: .....

Imię i nazwisko pacjenta

Номер PESEL або серія і номер закордонного паспорта:.....

PESEL lub seria i nr paszportu:

Контактні дані (номер телефону): .....

Dane kontaktowe (numer telefonu):

**Анкета попереднього скринінгового опитування  
перед вакцинацією дорослої особи від COVID-19****Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej  
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 медичному персоналу, який здійснює допуск до вакцинації, прийняти рішення, чи можна зробити вам сьогодні щеплення від COVID-19. Відповіді використовуватимуться під час процесу допуску до вакцинації. Медичний персонал, який здійснює допуск до вакцинації, може поставити вам додаткові запитання. У разі сумнівів слід попросити медиків, які здійснюють допуск до вакцинації або виконують щеплення, надати відповідні пояснення.

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie.

№ з/п	Попередні запитання щодо ризику нараження на COVID-19 <b>Pytania wstępne</b>	Так Tak	Hi Nie
1.	Чи отримували ви позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2 за останні 30 днів? Czy w ciągu ostatnich 30 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Чи були за останні 7 днів у вас контакти з особою, яка отримала позитивний результат генетичного тесту або антиген-тесту на вірус SARS-CoV-2, чи проживаєте ви з особою, у якої в цей період спостерігалися симптоми COVID-19 (вказані в запитаннях 3–5)? Czy w ciągu ostatnich 7 dni miała Pani/miał Pan 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)?		

№ з/п	Попередні запитання щодо ризику нараження на COVID-19 <b>Pytania wstępne</b>	Так Tak	Hi Nie
3.	Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів підвищена або висока температура тіла? Czy w ciągu ostatnich 7 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Чи спостерігався у вас за останні 7 днів біль у горлі, новий тривалий кашель або загострення хронічного кашлю через встановлене хронічне захворювання? Czy w ciągu ostatnich 7 dni występował u Pani/Pana ból gardła, nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Чи спостерігалась у вас за останні 7 днів втрата нюху або смаку? Czy w ciągu ostatnich 7 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub smaku?		
6.	Чи є у вас сьогодні симптоми застуди, діарея, блювання? Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma 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 дорослої особи від COVID-19 Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

№ з/п	Запитання, що стосуються стану здоров'я <b>Pytania dotyczące stanu zdrowia</b>	Так <sup>a</sup> Tak <sup>a</sup>	Hi Nie	Не знаю <sup>a</sup> Nie wiem <sup>a</sup>
1.	Чи почуваєтеся ви хворим/хворою сьогодні? (вимірювання температури тіла, виконане в пункті вакцинації: .....°C) Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: .....oC)			
2.	Чи спостерігалась будь-коли у вас важка несприятлива реакція на вакцинацію (запитання стосується також першої дози вакцини проти COVID-19)? Якщо так, яка? ..... Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?			
3.	Чи діагностувалася у вас алергія на поліетиленгліколь (ПЕГ), полісорбат або інші речовини, що входять до складу вакцини? Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ?			
4.	Чи діагностовано у вас в минулому важку генералізовану алергічну реакцію (анафілактичний шок) після прийому ліків, їжі або після укусу комах?			

<sup>1</sup> 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-dotyczące-szczepien-przeciw-covid-19>. Таку інформацію може надати також персонал, який проводить вакцинацію.

<sup>1</sup> 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-dotyczące-szczepien-przeciw-covid-19>. Ulotkę udostępniła również personel realizujący szczepienia.

№ з/п	Запитання, що стосуються стану здоров'я Pytania dotyczące stanu zdrowia	Так <sup>a</sup> Tak <sup>a</sup>	Hi Nie	Не знаю <sup>a</sup> Nie wiem <sup>a</sup>
	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			
5.	Чи спостерігається у вас загострення хронічного захворювання? Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?			
6.	Чи приймаєте ви ліки, що пригнічують імунітет (імуносупресивні, пероральні кортикостероїди – наприклад, преднізон, дексаметазон), ліки від злоякісних новоутворень (цитостатичні), ліки, що вживаються після пересадки кровотворних клітин, органів, променевої терапії (опроміювання) або біологічне лікування в зв'язку з запаленням суглобів, неспецифічним запаленням кишечника (наприклад, хворобою Крона) або псоріазом? Czy otrzymuje Pani/Pan leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Чи хворієте ви гемофілією або іншими серйозними порушеннями згортання крові? Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			
8.	Чи було діагностовано у вас гепарин-індуковану тромбоцитопенію (ГІТ) або тромбоз синусів твердої мозкової оболони? Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?			
9.	(запитання стосується лише жінок) Ви вагітні? (tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży?			
10.	(запитання стосується лише жінок) Чи годуєте ви зараз грудьми? (tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią?			

а) Відповідь «ТАК» або «НЕ ЗНАЮ» на будь-яке із запитань вимагає додаткового консультування з боку медичного персоналу, який здійснює допуск до вакцинації.

Відповідь «ТАК» на будь-яке із запитань 2-8, які стосуються стану здоров'я, є показанням для здійснення допуску до вакцинації лікарем.

а) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia.

Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza.

№ з/п	Запитання в пункті вакцинації Pytania w miejscu szczepienia	Так Tak	Hi Nie
1.	Чи є у вас сумніви щодо поставлених запитань? Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Чи отримали ви відповіді на поставлені запитання? Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?		

Розбірливий підпис особи, якій проводиться щеплення: ..... Дата/Data: ..... час/godz. ....

Счителны подпіс osoby szczepionej:

Додаткове опитування в пункті вакцинації: .....

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:

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 особи, яка здійснює допуск до вакцинації)

(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

**Заява**  
**Oświadczenie**

Я заявляю, що даю згоду на вакцинацію проти COVID-19. Підтверджую, що мене ознайомили з інформацією, яка стосується цього щеплення, і ця інформація мені зрозуміла. Мені також дали відповіді на всі поставлені мною запитання, відповіді мені зрозумілі.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

.....  
Дата і розбірливий підпис

Data i czytelny podpis