

KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA PACJENTA W WIEKU 0 – 18 LAT

Część I

Wypełnia Rodzic, opiekun prawny lub osoba upoważniona przez Rodzica, opiekuna prawnego.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA
DATA URODZENIA

1. Czy u dziecka wykonywane było szczepienie w ostatnich 4 tygodniach ? TAK NIE
Jeśli TAK podać jakie i datę szczepienia.....
2. Czy u dziecka występowały niepożądane odczyny poszczepienne ? TAK NIE
Jeśli TAK podać jakie i po której szczepionce.....
3. Czy dziecko jest uczulone na leki, szczepionki, pokarmy (białko jaja kurzego, produkty mleczne , inne)? TAK NIE
Jeśli TAK podać na jakie.....
4. Czy dziecko ma aktualnie jakiegokolwiek objawy chorobowe (wymioty, biegunka, gorączka, kaszel, inne) TAK NIE
Jeśli TAK podać jakie.....
5. Czy dziecko było chore w okresie ostatnich 4 tygodni ? TAK NIE
Jeśli TAK, na co. Jak było leczone.....
6. Czy dziecko choruje na chorobę przewlekłą ? TAK NIE
Jeśli TAK podać jaką.....
7. Czy dziecko aktualnie przyjmuje leki ? TAK NIE
Jeśli TAK podać jakie.....
8. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, AIDS lub inne choroby układu odpornościowego ? TAK NIE
Jeśli TAK podać jakie.....
9. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy było leczone w związku z nowotworem? TAK NIE
Jeśli TAK podać jakimi lekami. Kiedy napromieniowanie.....
10. Czy dziecko w minionych 3 miesiącach było leczone sterydami ? TAK NIE
Jeśli TAK podać jakimi Kiedy
11. Czy dziecko w okresie minionego roku otrzymywało krew lub preparaty krwiozastępcze albo immunoglobulinę TAK NIE
Jeśli TAK podać na jaki i kiedy.....
12. Czy dziecko było/jest odczulane ? TAK NIE
Jeśli TAK podać na co, jaką metodą, kiedy.....
13. Czy u dziecka występowały drgawki lub inne objawy ze strony układu nerwowego ? TAK NIE
Jeśli TAK podać jakie i kiedy

Miejscowość, data	Podpis Rodzica lub opiekuna prawnego
-------------------	--------------------------------------

Część II**Wypełnia lekarz po ocenie z wywiadu oraz po badaniu przedmiotowym dziecka.**

Pacjent zakwalifikowany do szczepienia	TAK	NIE
Nazwa szczepionki, dawka szczepionki		
Schemat szczepienia		
Data następnego szczepienia		

Część III**Oświadczenie Rodzica/ opiekuna prawnego / osoby upoważnionej.****Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia u :**

.....
imię i nazwisko pacjenta

oraz, że zostałem poinformowany o :

- *możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych*
- *konieczności pozostania na terenie przychodni ok 15 minut po odbytych szczepieniu*
- *o ryzyku dla płodu w przypadku zajścia w ciążę w okresie karencji dla wybranych szczepionek (dotyczy dziewcząt)*
- *o kolejnych szczepieniach (obowiązkowych i zalecanych)*

Miejscowość, data	Podpis Rodzica/ opiekuna prawnego
-------------------	-----------------------------------

Część IV**Wypełnia pielęgniarka wykonująca szczepienie**

Nazwa, seria, data ważności szczepionki	Data i godzina szczepienia
---	----------------------------

Miejscowość, data	Podpis i pieczęć pielęgniarki
-------------------	-------------------------------