

WIML ul. Krasińskiego 54/56 01 – 755 Warszawa

ANKIETA – OŚWIADCZENIE PACJENTA O STANIE ZDROWIA I UCZULENIACH

(wypełnia PACJENT przed kwalifikacją do szczepienia. 24 h przed szczepieniem uprzejmie proszę o **CZYTELNE** wypełnienie poniższych informacji zgodnie z posiadaną wiedzą i stanem faktycznym)

1. STOPIEŃ WOJSKOWY NAZWISKO I IMIĘ

2. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I. DANE O UCZULENIACH: (Właściwą odpowiedź zakreślić)

a. uczulenie na jaja kurcze (białko)

TAK	NIE
-----	-----

b. uczulenia pokarmowe

TAK	NIE
-----	-----

c. uczulenia wziewne

TAK	NIE
-----	-----

d. uczulenia na leki

TAK	NIE
-----	-----

Jeśli tak to proszę podać jakie:

II. HISTORIA SZCZEPIEŃ:

1. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana powikłania po szczepieniu

TAK	NIE
-----	-----

a. po jakiej szczepionce? (proszę wpisać nazwę szczepionki w poniższe pole)

b. wymienić powikłania (niepożądane odczyny poszczepienne – po jakiej szczepionce)

2. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pani/Pana przeciwwskazania do szczepienia?

TAK	NIE
-----	-----

Jeśli tak, to proszę podać jakie:

3. Proszę podać ostatnie udokumentowane szczepienie p - tężcowi (data, rodzaj szczepionki)

4. Czy w ostatnich czterech tygodniach odbył/a Pani/Pan szczepienie nieudokumentowane?

TAK	NIE
-----	-----

Jeśli tak, to proszę podać jakie (nazwa szczepionki):

III. DANE O STANIE ZDROWIA:

a. Czy u Pani/Pana wystąpił wstrząs anafilaktyczny?

TAK	NIE
-----	-----

b. Czy Pani/Pan choruje na astmę?

TAK	NIE
-----	-----

c. Czy Pani/Pan choruje na choroby przewlekłe?

TAK	NIE
-----	-----

d. Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią? (wypełniają kobiety)

TAK	NIE
-----	-----

Jeśli tak, to proszę wpisać nazwy chorób:

1. Ostatnia choroba wirusowa/bakteryjna/zakaźna z gorączką (proszę podać nazwę choroby, datę zachorowania)

2. Czy Pani/Pan w ostatnim czasie przyjmował/przyjmuje leki?

TAK	NIE
-----	-----

Jeśli tak, to proszę wpisać nazwy leków:

3. Czy Pani/Pan w ostatnim czasie był dawcą/biorcą (tkanek, narządów krwi lub jej preparatów?)

TAK	NIE
-----	-----

Jeśli tak, to proszę wpisać nazwę preparatu i datę wykonania zabiegu transfuzji/przeszczepu:

OŚWIADCZAM, ŻE WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE SZCZEPIENIA, A DANE PODANE POWYŻEJ SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ

Warszawa,

data

.....

własnoręczny, czytelny podpis pacjenta

ZAPOZNAŁEM SIĘ Z KLAUZULĄ RODO

.....

własnoręczny, czytelny podpis pacjenta