

ANKIETA SZCZEPIEŃ

kwalfikacyjne badanie lekarskie

BADANIE NALEŻY WYKONAĆ W TYM SAMYM DNIU (NIE PÓŹNIEJ NIŻ 24 H) PO LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM DOKONANYM PRZEZ UPRAWNIONEGO LEKARZA

Imię i nazwisko Pacjenta..... Wiek.....

Data urodzenia..... Nr PESEL

Rodzaj szczepienia.....

Sugerowane szczepienie

Poinformowano o ilości dawek szczepionki: TAK / NIE

WYWIAD

1. Czy w ciągu ostatnich czterech tygodni był(a) Pan(i) szczepiony (a)?

TAK
(kiedy, jaką szczepionką?).....

NIE

2. Czy kiedykolwiek po szczepieniu wystąpiły działania niepożądane?

TAK
(jakie)

NIE

3. Czy przebył(a) Pan(i) ostatnio jakąś infekcję?

TAK
(kiedy, jakie leki były podawane?).....

NIE

4. Czy choruje Pan(i) przewlekle?

TAK
(jakie jest to schorzenie, jakie leki Pan(i) przyjmuje?).....

NIE

5. Czy w ciągu ostatnich trzech miesięcy przebywał(a) Pan(i) w szpitalu?

TAK
(przetaczano Panu(i) krew lub podawano preparaty krwio pochodne?).....

NIE

6. Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?

TAK
(czy także na jaja kurze, neomecynę?).....

NIE

7. Czy jest Pan(i) odczulany(a)?

TAK
(kiedy była ostatnia dawka?).....

NIE

8. Czy choruje Pan(i) na anemię sierpowatą lub inne choroby krwi w tym zaburzenia krzepnięcia?

TAK

NIE

9. Tylko dla kobiet!

Czy jest Pani w ciąży lub w najbliższym czasie ją planuje?

TAK

NIE

10. INFORMACJE DOTYCZĄCE POPRZEDNIEGO SZCZEPIENIA

Data poprzedniego szczepienia.....

Nazwa szczepionki.....

Dawka.....

ORZECZENIE LEKARSKIE

PACJENT MOŻE BYĆ SZCZEPIONY – TAK / NIE

Termin następnego szczepienia w tym cyklu

Godzina.....

Data.....

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Ze względu na własne bezpieczeństwo Pacjent powinien pozostać na terenie przychodni przez 30 min po wykonaniu szczepienia.

Potwierdzam, że miałem(am) możliwość zadania lekarzowi pytań dotyczących sposobu wykonywania usługi medycznej, jej celowości oraz grożących powikłań i uzyskałem(am) wyczerpujące, zrozumiałe, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi. Potwierdzam zgodność i wyrażam zgodę na szczepienie.

Data i podpis Pacjenta*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego*

Data i podpis opiekuna faktycznego*

*niepotrzebne skreślić