



**Koalicja na rzecz
szczepień w aptekach**



Печатка та позначення медичного закладу

Ім'я та прізвище пацієнта: _____

PESEL або серія та номер паспорта: _____

Контактний телефон: _____

Особа, уповноважена щодо звернень з питань охорони здоров'я _____

Анкета попереднього скринінгу перед вакцинацією дорослого проти грипу

Анкету варто заповнити перед відвідуванням пункту вакцинації.

Відповідь на наступні запитання дозволить персоналу, який надає дозвіл на вакцинацію, вирішити, чи безпечно Вам робити щеплення від грипу. У разі незрозумілості Ви маєте попросити роз'яснень.

№ з/п	Вступні питання стосовно ризику COVID-19	TAK	NI
1.	Чи був у Вас за останні 14 днів позитивний результат генетичного або антигенного тесту для визначення інфекції SARS-CoV-2?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Чи був у Вас за останні 14 днів тісний контакт або чи Ви живете з людиною, у якої був позитивний результат генетичного або антигенного тесту для визначення інфекції SARS-CoV-2 або живете з людиною, у якої в цей період були симптоми COVID-19 (перелічені в пит. 3-5)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Чи була у Вас за останні 14 днів підвищена температура тіла або жар?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Чи з'являвся за останні 14 днів кашель, що не минає, або посилення хронічного кашлю через діагностоване хронічне захворювання?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Чи була у Вас за останні 14 днів втрата нюху або смаку або рясне нічне потовиділення?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Чи відчуваєте Ви сьогодні себе застудженим або маєте діарею, блювоту?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Якщо відповідь на будь-яке з вищезазначених питань - TAK (позитивна), вакцинація проти грипу може бути відкладена. Вакцинація повинна бути зроблена тоді, коли всі відповіді - NI (негативні). У разі сумнівів зверніться до пункту вакцинації через телефон.

Анкета анамнезу перед вакцинацією дорослого проти грипу

№ з/п	Питання про стан здоров'я	TAK ^a	NI	НЕ ЗНАЮ ^a
1.	Чи відчуваєте Ви себе сьогодні хворою/хворим?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Чи були у Вас коли-небудь серйозні побічні реакції після вакцинації, в тому числі проти грипу? Якщо так, то які? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Чи були у Вас діагностовані алергічні реакції на яйця (яєчний альбумін, курячі білки), неоміцин, формальдегід, октоксинол-9 або інші речовини, що входять до складу вакцини ¹ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Чи була у Вас діагностована в минулому важка, генералізована алергічна реакція (анафілактичний шок) після вакцинації, прийому їжі, прийому ліків або укусу комахи?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Чи Ви маєте зараз загострення хронічного захворювання?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Чи Ваше захворювання (наприклад, ВІЛ-інфекція, лейкемія, рак, відсутність селезінки) або ліки, які Ви приймаєте, знижують імунітет? Наприклад, імунодепресанти, кортикостероїди, цитостатики, препарати проти відторгнення трансплантата, променева терапія (опромінення) або біологічне лікування	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹ Додаткову інформацію про склад вакцин проти грипу можна знайти в брошурі для пацієнтів, яка доступна на сайті. Брошуру також надає персонал, який здійснює вакцинацію.

Анкета анамнезу перед вакцинацією дорослого проти грипу с.д.

№ з/п	Питання про стан здоров'я	ТАК ^а	НІ	НЕ ЗНАЮ ^а
7.	Чи Ви маєте гемофілію або інші серйозні порушення згортання крові?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Чи Ви коли-небудь робили щеплення від грипу?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Чи Ви коли-небудь втрачали свідомість після вакцинації або іншої медичної процедури?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Чи була у Вас хвороба Гійєна-Барре?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	(тільки для жінок) Чи Ви вагітні або годуєте грудьми?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

^а Відповідь ТАК або НЕ ЗНАЮ на будь-яке питання потребує роз'яснення через кваліфікований персонал з вакцинації.

Відповідь ТАК на будь-яке з питань 2-8 про стан здоров'я є показанням до звернення до лікаря для отримання дозволу.

№ з/п	Питання в місці вакцинації	ТАК	НІ
1.	Чи у Вас є сумніви щодо поставлених питань?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Чи Ви отримали відповіді на поставлені запитання?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Заява

Я заявляю, що заповнила/-в анкету згідно з моїми знаннями і добровільно даю згоду на проведення щеплення від грипу. Я підтверджую, що мені було надано достатню інформацію стосовно цієї вакцинації, і я її зрозуміла/зрозумів. Я отримала/-в відповіді на всі поставлені мною питання і зрозуміла/-ів відповіді, які мені дали.

Дата і розбірливий підпис

Вакцинацію дозволено/вакцинацію не дозволено (необхідне підкреслити):

(підпис особи, що дає дозвіл)

Дата / час

Інформація про вакцинацію _____

Назва вакцини/виробник _____

Номер серії _____

Термін придатності _____

Місце ін'єкції: Праве плече Ліве плече

Примітки:

