

Formularz wstępnego wywiadu.

Imię	
Nazwisko	
Pesel / Dokument lub nr. paszportu	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Zawód	
Miejsce Pracy	

	Pytania wywiadu wstępnego. Wypełnia pacjent.	Tak	Nie	Nie wiem
1	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Czy w ciągu ostatnich 14 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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę lub gorączkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznania choro-by przewlekłej ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/ Pana utrata węchu lub odczucia smaku ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/ wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Czy Pan/Pani czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Czy w przeszłości lekarz rozpoznał u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po po-daniu jakiegoś leku lub pokarmu, albo po ukąszeniu owada ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani/Pana kiedykolwiek uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje1 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające odporność (immunosupresyjne), np. kortyzol, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Enkorton, hydrokortyzon, Medrol, Metyperd itp.), Leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromieniowanie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crona) lub łuszczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia ? Czy otrzymuje Pani/Pan leki Przeciwnkrzepliwe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	(Tylko dla Pań) Czy jest Pani W Cięży?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	(Tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formularz wypełniony przez

.....
Data

.....
Czytelny podpis

Oświadczenie Rodo o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL (lub numeru paszportu w przypadku braku numeru PESEL), informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, numeru telefonu oraz adresu mailowego przez Pelpliskie Centrum Zdrowia 83-130 Pelplin ul Biskupa Dominika 11 telefon: 58 699 80 00; e-mail pcz-przychodnia-pelplin.pl; Regon 361640056; Nip 593-259-91-62 oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....
Data

.....
Czytelny podpis

Zgoda na szczepienie

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałem/zrozumiałam.

Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem/zrozumiałam udzielone mi odpowiedzi.

.....
Data

.....
Czytelny podpis

WYPEŁNIA LEKARZ KWALIFIKUJĄCY NA SZCZEPIENIE

Imię

Nazwisko

Pesel / Dokument lub nr. paszportu

	Pytania dotyczące stanu zdrowia.	Tak	Nie
1	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrenie) choroby przewlekłej ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Czy występuje temperatura 38 st. C ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Czy występuje kaszel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Czy występuje duszność?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Czy występują bóle mięśni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Czy występuje ból gardła ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Czy występuje zaburzenie węchu lub smaku ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Inne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
podpis lekarza

WYPEŁNIA OSOBA W PUNKCIE SZCZEPIEŃ.

Miejsce szczepienia: Lewe ramię , Prawe ramię

Nr serii

Data i godzina szczepienia

Podpis i pieczęć pielęgniarki szczepiącej