

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____/_____/_____/

(dzień)

(mies.)

(rok)

Kwestionariusz wywiadu przesiewowego przed szczepieniem dzieci i młodzieży

Dla rodziców/opiekunów dziecka: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli nam zdecydować, które szczepienia można wykonać u Państwa dziecka w dniu dzisiejszym. Odpowiedź „tak” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że dziecka nie należy szczepić. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań. Jeżeli nie rozumieją Państwo pytania, proszę poprosić o wyjaśnienie pielęgniarkę lub lekarza.



	Tak	Nie	Nie wiem
1. Czy dziecko ma dziś objawy infekcji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateksy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dotyczy dzieci młodszych niż 6 miesięcy: Czy u niemowlęcia kiedykolwiek wystąpiło wglóbiecie (zablokowanie, niedrożność) jelita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy u dziecka występują lub występowały problemy z krzepnięciem krwi (mała liczba płytek krwi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki? Czy u dziecka występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagłe zgony z powodu zakażeń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, kortyzonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym, poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczono z powodu idiopatycznego (młodzieńczego) zapalenia stawów (lub innych chorób tkanki łącznej), nieswoistego zapalenia jelita (choroba Crohna) lub łuszczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) lub lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy dziecko aktualnie jest leczone lekiem przeciwwirusowym (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca) lub otrzymywało go w ciągu minionych 24 godzin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formularz wypełniony przez: _____

Data: _____