**ANKIETA PRZED SZCZEPIENIEM**

**DLA OPIEKUNÓW**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA………………………………………………………………………………………

DATA URODZENIA…………………………………………………………………………………………………

1. Czy dziecko jest dzisiaj zdrowe?

TAK NIE

1. Czy dziecko jest uczulone na jakiś pokarm, leki, szczepionki, lateks?

TAK NIE

1. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?

TAK NIE

1. Czy dziecko choruje na jakąś chorobę przewlekłą?

TAK NIE

1. Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzice występują drgawki lub inna choroba układu nerwowego?

TAK NIE

1. Jakie leki otrzymywało dziecko w ciągu ostatniego miesiąca?

………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymywało krew lub jej preparaty?

TAK NIE

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca dziecko było szczepione?

TAK NIE

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca dziecko miało kontakt z chorym na chorobę zakaźną?

TAK NIE

Data i podpis opiekuna………………………………………………………….

**Zostałam/em poinformowana/y o :**

1/ celowości oraz przeciwwskazaniach do szczepienia,

2/ dających się przewidzieć następstwach oraz możliwych powikłaniach,

3/ zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia,

4/ możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może się pojawić mimo prawidłowo wykonanego szczepienia

5/ postępowania po szczepieniu. Udzieliłam/em prawdziwych odpowiedzi na pytania w ankiecie i znanych mi przeciwwskazań do szczepienia. Informacje przekazane mi przez personel są dla mnie zrozumiałe oraz wyczerpujące.

Miałam/em możliwość zadawania pytań. Otrzymałam/em ulotkę zastosowanego preparatu. Dodatkowo stwierdzam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i mogę podpisać powyższe oświadczenie jako odpowiednio poinformowany pacjent.

**ZLECENIE DO PUNKTU SZCZEPIEŃ**

 Proszę o podanie poniżej wymienionej/nych szczepionki/ek,

w poniżej wymieniony sposób

…………………………………………………………………………………………………………….

Pieczątka i podpis lekarza