

**KARTA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DO SZCZEPIENIA****Data:****Imię, nazwisko dziecka:****Data urodzenia:****Imię, nazwisko rodzica/ opiekuna:****PESEL:**

<b>I – Wywiad epidemiologiczny</b>	Tak	Nie
1. Czy u dziecka występują lub występowały w ciągu ostatnich 14 dni objawy infekcji (gorączka/ stan podgorączkowy, kaszel, biegunka, duszność)?		
2. Czy w otoczeniu dziecka (domownicy) jest osoba z objawami infekcji?		
3. Czy dziecko miało kontakt z osobą poddaną kwarantannie lub izolacji domowej?		
4. Czy w otoczeniu dziecka jest osoba z kontaktu z SARS-CoV-2?		
5. Czy w otoczeniu dziecka są osoby mające z racji wykonywanego zawodu duże ryzyko kontaktu z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 (kierowca, pracownicy SOR i szpitali zakaźnych)?		

<b>II – Wywiad kwalifikacji do szczepienia ochronnego</b>	Tak	Nie
1. Czy dziecko choruje przewlekle/ jest pod opieką specjalisty?		
2. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek reakcja po szczepieniu, jeśli tak to jaka?		
3. Czy w rodzinie dziecka występują choroby neurologiczne lub wrodzone niedobory odporności?		
4. Czy dziecko okołoporodowo otrzymało leki, preparaty krwi?		

<b>III - Uwagi</b>

<b>IV - Kwalifikacja do szczepienia (wypełniane w trakcie wizyty w Poradni) opis badania przedmiotowego</b>
Temperatura w dniu szczepienia:
Data:
Godzina:

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

Środki ochrony osobistej stosowane przez personel medyczny podczas porady szczepiennej i szczepienia: rękawice jednorazowe, maseczki chirurgiczne zakrywające nos i usta, fartuch jednorazowy, przyłbica. Po każdym szczepieniu następuje dezynfekcja wszystkich powierzchni stykowych.

Rodzic/ opiekun dziecka do poradni wchodzi w maseczce zakrywające nos i usta, a przed wejściem dezynfekuje ręce.

\_\_\_\_\_  
DATA I PODPIS LEKARZA PRZYJMUJĄCEGO OŚWIADCZENIE\_\_\_\_\_  
PODPIS RODZICA/ OPIEKUNA