

Formularz oświadczenia dla osób, którym zaoferowano szczepionkę przeciwko koronawirusowi

Przed szczepieniem prosimy o zapoznanie się z niniejszym formularzem i zabranie go ze sobą na szczepienie. **Należy poinformować osobę wykonującą szczepienie o przyjętych wcześniej dawkach i o tym, czy przeszedł/przeszła Pan/Pani chorobę wywoływaną koronawirusem.**

Nazwisko, imię:
Numer identyfikacyjny:
Podpis:

Proszę nie stawiać się na szczepienie oraz jak najszybciej nas o tym powiadomić, jeżeli w dniu szczepienia występują objawy przeziębienia lub gorączka powyżej 38 °C.

Lekarz/pracownik służby zdrowia powinien ustalić plan dalszych szczepień, jeżeli odpowie Pan/Pani „TAK” na którekolwiek z poniższych pytań:

	Tak	Nie
Czy w ciągu ostatnich 7 dni przyjął/przyjęła Pan/Pani inną szczepionkę ?		
Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni przeszedł/przeszła Pan/Pani chorobę wywoływaną koronawirusem ?		
Czy przeszedł/przeszła Pan/Pani wieloukładowy zespół zapalny (MIS) po chorobie wywołanej koronawirusem ?		
Czy ma Pan/Pani znacznie osłabiony układ odpornościowy ?		
Czy cierpi Pan/Pani na hemofilię ?		
Czy cierpi Pan/Pani na mastocytozę ?		
Czy w przeszłości wystąpiła u Pana/Pani reakcja alergiczna na tę szczepionkę lub jej składniki?		
Czy w przeszłości wystąpiła u Pana/Pani ciężka (zagrożająca życiu) reakcja alergiczna na inne szczepionki, żywność, leki lub inne czynniki?		
Czy z powodu astmy przeszedł/przeszła Pan/Pani w ciągu ostatniego roku co najmniej 2 kuracje kortyzonem lub był(a) Pan/Pani w szpitalu?		
Czy z powodu astmy w ciągu ostatnich 4 tygodni wystąpiły u Pana/Pani co najmniej 3 z następujących objawów: <ul style="list-style-type: none"> • Objawy występujące w ciągu dnia więcej niż 2 razy w tygodniu • Budzenie się w nocy • Potrzeba przyjęcia leków stosowanych przy atakach więcej niż 2 razy w tygodniu • Ograniczenia w aktywności fizycznej 		
Czy wystąpiło u Pana/Pani zapalenie serca (zapalenie mięśnia sercowego/zapalenie osierdzia) po szczepieniu przeciwko koronawirusowi?		
Czy wystąpiły u Pani wymagające leczenia lub uporczywe zaburzenia miesiączkowania po szczepieniu przeciwko koronawirusowi?		

Wypełnia osoba wykonująca szczepienie, jeżeli szczepienie nie jest natychmiast dokumentowane w EPJ/SYSVAK:

Data i godzina	
Nazwa preparatu/szczepionki:	

Numer partii/serii:	
Przyczyna szczepienia: 1. Grupa priorytetowa 2. Pracownik służby zdrowia 3. inny	
Nazwisko osoby wykonującej szczepienie (drukowanymi literami):	