

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia / /

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 jest chore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy lub jakieś szczepionki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek poważna reakcja na szczepienie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy u dziecka występowały drgawki 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"/>
6. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy (np. raka) białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (hydrokortyzonem, Encortonem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatykami) lub poddawano radioterapii (napromieniowaniu)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) albo lek nazywany immunoglobuliną (gamma-globuliną)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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"/>
10. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy w jakimś miejscu na skórze występują u dziecka brodawki skórne (kurzajki)?			
- Kiedy pojawiły się pierwsze?			
- Lokalizacja/ ilość:			

Formularz wypełniony przez: Data

Czy przynieśli Państwo ze sobą książeczkę zdrowia dziecka (lub kartę szczepień)? Tak Nie



Program finansowany przez
Powiat Poznański