

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....Telefon.....

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą u lekarza. Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować, czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane przez lekarza w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego realizującego szczepienie.

L.p.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani/ miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/ miał Pan bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt. 3-5)		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/ miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/ Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/ Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/ wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)?		
7.	Czy otrzymała Pani/ otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?		
8.	Czy Pani/ Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty?		

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest pozytywna, szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wtedy, gdy wszystkie odpowiedzi na ww. pytania będą negatywne. W razie wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem realizującym szczepienia.

L.p.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak*	Nie	Nie wiem*
1.	Czy dziś czuje się Pani\ Pan chora\chory. Czy występuje pogorszenie (zaostrenie) choroby przewlekłej?			
2.	Czy w przeszłości lekarz rozpoznał u Pani\ Pana ciężką uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu jakiegoś leku lub pokarmu albo po ukąszeniu owada?			
3.	Czy wystąpiła u Pani\ Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?			
4.	Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani\ Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje?			
5.	Czy choruje Pani\ Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)?			
6.	Czy otrzymuje Pani/ Pan leki osłabiające odporność (immunosupresyjne), np. kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encorton, Encortolon, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromieniowanie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelit (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Czy choruje Pani\ Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pan\ Pani leki przeciwzakrzepowe?			
8.	Czy jest Pani w ciąży? (dotyczy tylko kobiet)			
9.	Czy karmi Pani piersią? (dotyczy tylko kobiet)			
10.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Czy którekolwiek z pytań było niejasne?			

*Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza.

Formularz wypełniony przez: Data:

Formularz sprawdzony przez: Data:

ZGODA NA SZCZEPIENIE

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19.

Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/ zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

.....
data, czytelny podpis pacjenta

Administratorem danych osobowych jest NZOZ Rodzina z siedzibą w Kamiennej Górze 58-400 przy ul. Kościuszki 6. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych: iod@nzozrodzina.org, Ma Pani/Pan prawo dostępu do danych i ich sprostowania, prawo do złożenia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku stwierdzenia naruszenia przez Szpital przepisów ochrony danych osobowych, prawo do informacji o zautomatyzowanym przetwarzaniu danych, w tym profilowaniu. Przetwarzanie danych przez Szpital możliwe jest na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz w przypadku szczególnych kategorii danych art. 9 ust. 2 lit h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), a w szczególności w związku z wykonywaniem działalności leczniczej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej przy zachowaniu obowiązków wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W tym w celach zdrowotnych: profilaktyka zdrowotna, diagnoza medyczna i leczenie, zapewnienie opieki zdrowotnej oraz zarządzanie systemami i usługami opieki zdrowotnej, zapewnienie zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego. Dane mogą być udostępniane przez Szpital podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz podmiotom, które przetwarzają dane osobowe pacjentów w imieniu Szpitala na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające). Zwracamy uwagę, że przetwarzane dane osobowe pacjentów są częścią dokumentacji medycznej, a Szpital jest zobowiązany przechowywać dokumentację medyczną zgodnie z art. 29 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach i Rzeczniku Praw Pacjenta.