**Место для наименования медицинского учреждения**

**Miejsce na oznaczenie placówki medycznej**

Имя и фамилия пациента/ : ………………………………………………………….………………………………

Imię i nazwisko pacjenta

номер PESEL или серия и номер загранпаспорта: ………………………………………………………………

PESEL lub seria i nr paszportu:

# **Анкета предварительного скринингового опроса перед вакцинацией взрослого от COVID-19**

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

**Анкету следует заполнить перед визитом в пункт вакцинации**.

**Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień**.

Ответы на приведенные ниже вопросы позволят персоналу, допускающему к вакцинации, принять решение, можно ли вам сделать сегодня прививку от COVID-19. Ответы будут использованы для принятия решения по допуску к вакцинации. Лицо, допускающее к вакцинации, может задать вам дополнительные вопросы. В случае сомнений следует попросить медицинского работника, допускающего к вакцинации или выполняющего прививку, предоставить соответствующие разъяснения.

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie.

| **№ п/п**  | **Предварительные вопросы****Pytania wstępne** | **Да****Tak** | **Нет****Nie**  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.**  | Получали ли вы положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2 за последние 30 дней? Czy w ciągu ostatnich 30 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?  |  |  |
| **2.** | Были ли за последние 14 дней у вас контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживаете ли вы в течение последних 14 дней с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживаете ли вы с лицом, у которого в этот период наблюдались симптомы COVID-19 (указанные в вопросах 3–5)? 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.**  | Отмечалась ли у вас за последние 14 дней повышенная или высокая температура тела? Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?  |  |  |
| **4.** | Отмечался ли у вас за последние 14 дней новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания? Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?  |  |  |
| **5.** | Отмечалась ли у вас за последние 14 дней потеря обоняния или вкуса? Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku? |  |  |
| **6.**  | Наблюдаются ли у вас сегодня симптомы простуды, диарея, рвота? Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty? |  |  |

Если на какой-либо из приведенных выше вопросов будет получен ответ «ДА» (положительный), вакцинацию против COVID-19 следует отложить. Получение прививки возможно, если на все вопросы будет получен ответ «НЕТ» (если все ответы будут отрицательными). В случае сомнений следует связаться с пунктом вакцинации.

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień.

# **Анкета опроса перед вакцинацией взрослого от COVID-19**

# **Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19**

| **№ п/п** | **Вопросы, касающиеся состояния здоровья** **Pytania dotyczące stanu zdrowia** | **Даa****Taka** | **Нет****Nie** | **Не знаюa****Nie wiema** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Чувствуете ли вы себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации: …………oC) Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: …………oC) |  |  |  |
|  | Наблюдалась ли когда-либо у вас тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая?……………………………………………………Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?…………………………………………………… |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли у вас аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины[[1]](#footnote-1)?Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki1? |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли в прошлом у вас тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого?Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? |  |  |  |
|  | Наблюдается ли у вас обострение хронического заболевания? Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?  |  |  |  |
|  | Принимаете ли вы лекарства, угнетающие иммунитет (иммуносупрессивные пероральные кортикостероиды – например, преднизон, дексаметазон), лекарства от злокачественных новообразований (цитостатические), лекарства, употребляемые после пересадки органа, радиотерапию (облучение) или биологическое лечение в связи с воспалением суставов, неспецифическим воспалением кишечника (например, болезнью Крона) или псориазом?Czy otrzymuje Pani/Pan leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy? |  |  |  |
|  | Болеете ли вы гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови?Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? |  |  |  |
|  | Диагностировалась ли у вас гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) или тромбоз синусов твердой мозговой оболочки?Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? |  |  |  |
|  | *(вопрос касается только женщин)* Беременны ли вы?(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży? |  |  |  |
|  | *(вопрос касается только женщин)* Кормите ли вы в настоящее время грудью? *(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią?*  |  |  |  |

**a** Ответ «ДА» или «НЕ ЗНАЮ» на какой-либо из вопросов требует дополнительного консультирования со стороны персонала, допускающего к вакцинации.

a Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia.

Ответ «ДА» на какой-либо из вопросов 2-8, касающихся состояния здоровья, является показанием к осуществлению допуска к вакцинации врачом.

Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вопросы в месте проведения вакцинации****Pytania w miejscu szczepienia** | **Да****Tak** | **Нет****Nie** |
|  | Есть ли у вас сомнения относительно заданных вопросов? Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?  |  |  |
|  | Получили ли вы ответы на заданные вопросы?Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania? |  |  |

Разборчивая подпись прививаемого лица: …………………………………Дата Data: ……………время/godz. ……..

Czytelny podpis osoby szczepionej:

Дополнительный опрос в пункте вакцинации:………………………………….

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:

Допущен(а) к вакцинации / не допущен(а) к вакцинации (нужное подчеркнуть)

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

…………………………………………………………………………………... Дата/Data: ……………время/godz.………

(разборчивая подпись лица, допускающего к вакцинации)

(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

**Заявление**

**Oświadczenie**

Я заявляю, что добровольно даю согласие на вакцинацию против COVID-19. Я подтверждаю, что меня ознакомили с информацией, касающейся данной прививки, и эта информация мне понятна. Мне также были даны ответы на все заданные мной вопросы, ответы мне понятны.

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.

………….…………………………………

Дата и разборчивая подпись

Data i czytelny podpis

1. *Более подробную информацию на тему состава вакцин против COVID-19 вы найдете в Информации для пациента, доступной на веб-сайте Szczepimy się по адресу: https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19. Такую информацию может предоставить также персонал, проводящий вакцинацию.*

 *Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko COVID-19 można znaleźć w Ulotce dla pacjenta dostępnej na stronie Szczepimy się pod adresem: https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19. Ulotkę udostępnia również personel realizujący szczepienia.*  [↑](#footnote-ref-1)