

**Место для наименования медицинского учреждения**

Имя и фамилия прививаемого лица: .....номер PESEL или серия и номер заграничного паспорта:.....

Имя и фамилия законного представителя.....

Контактные данные (адрес и номер телефона):.....

**Анкета предварительного скринингового опроса перед вакцинацией ребенка в возрасте 5–11 лет от COVID-19  
(анкету следует заполнить перед визитом в пункт вакцинации)**

Ответы на приведенные ниже вопросы позволят врачу принять решение, можно ли сделать ребенку прививку от COVID-19. Ответы будут использованы в процессе допуска к вакцинации. Врач может задать дополнительные вопросы. В случае сомнений следует попросить врача, допускающего к вакцинации, предоставить соответствующие разъяснения.

**Допуск к вакцинации лиц в возрасте 5–11 лет производится врачом**

№ п/п	Предварительные вопросы относительно риска заражения COVID-19	Да	Нет
1.	Были ли за последние 7 дней у ребенка контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли ребенок последние 7 дней с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли ребенок с лицом, у которого в этот период наблюдались симптомы COVID-19 (указанные в вопросах 2-4)?		
2.	Отмечалась ли у ребенка за последние 7 дней повышенная или высокая температура тела?		
3.	Отмечался ли у ребенка за последние 7 дней боль в горле, новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания?		
4.	Жаловался ли ребенок за последние 7 дней на потерю обоняния или вкуса?		
5.	Наблюдаются ли у ребенка сейчас инфекции дыхательных путей, диарея, рвота?		

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.

**Анкета опроса перед вакцинацией ребенка в возрасте 5–11 лет от COVID-19**

№ п/п	Вопросы, касающиеся состояния здоровья	Да <sup>а</sup>	Нет	Не знаю <sup>а</sup>
1.	Чувствует ли ребенок себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации: .....°C)			
2.	Наблюдалась ли когда-либо у ребенка тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая? Какая вакцина применялась? .....			
3.	Диагностировалась ли у ребенка аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины <sup>1</sup> ?			
4.	Диагностировалась ли в прошлом у ребенка тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого?			
5.	Наблюдается ли у ребенка обострение хронического заболевания?			
6.	Принимает ли ребенок лекарства, угнетающие иммунитет (иммуносупрессивные пероральные кортикостероиды – например, преднизон, дексаметазон), лекарства от злокачественных новообразований (цитостатические), лекарства, употребляемые после пересадки кроветворных клеток, органов, радиотерапию (облучение) или биологическое лечение в связи с воспалением суставов, неспецифическим воспалением кишечника (например, болезнью Крона) или псориазом?			
7.	Болеет ли ребенок гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови?			

а) Ответ «ДА» или «НЕ ЗНАЮ» на какой-либо из вопросов требует дополнительного консультирования со стороны врача, допускающего к вакцинации.

№ п/п	Вопросы в пункте вакцинации	Да	Нет
1.	Есть ли сомнения относительно заданных вопросов?		
2.	Были ли получены ответы на заданные вопросы?		

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

..... Дата: ...../время .....

(разборчивая подпись врача)

**Согласие законного представителя**

Я, .....

(имя и фамилия, адрес)

заявляю, что являюсь законным представителем:

....., дата рождения....., номер PESEL:....., Секс: Ж.....М.....

<sup>1</sup> 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.

(имя и фамилия / дата рождения / номер PESEL малолетнего лица или – в случае отсутствия номера PESEL – тип, серия и номер документа, удостоверяющего личность, секс)

и даю согласие на вакцинацию против COVID-19:  
(дата) .....

.....

Дата и разборчивая подпись  
(подпись законного представителя)