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 jakiekolwiek 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?	☐	☐	☐
2.	Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy lub jakieś szczepionki?	☐	☐	☐
3.	Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek poważna reakcja na szczepienie?	☐	☐	☐
4.	Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę)?	☐	☐	☐
5.	Czy u dziecka występowały drgawki lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?	☐	☐	☐
6.	Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy (np. raka) białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?	☐	☐	☐
7.	Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono kortyzonem, prednizonem lub innym kortykosteroidem (hydrokortyzonem, Encortonem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym (cytostatycznymi) lub poddawano radioterapii (napromieniowaniu)?	☐	☐	☐
8.	Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) albo lek nazywany immunoglobuliną (gamma-globuliną)?	☐	☐	☐
9.	Czy dziewczynka / nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?	☐	☐	☐
10.	Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	☐	☐	☐
11.	Czy w jakimś miejscu na skórze występują u dziecka brodawki skórne (kurzajki)?	☐	☐	

- Kiedy pojawiły sie pierwsze? .....lat/.....miesięcy temu
- Lokalizacja/ ilość: dłoń prawa...../ dłoń lewa..../stopa prawa..../ stopa lewa..../ inne.....

Formularz wypełniony przez: ..... Data .....

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

POZnan *Miasto know-how

EDICTUM specjalistyczna przychodnia lekarska