

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej
Space reserved for stamp of the medical institution

Imię i nazwisko pacjenta:

Name and Surname of a patient:

PESEL lub seria i nr paszportu:

PESEL or country /passport number

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19
Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.

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.

Initial screening interview questionnaire before vaccinating an adult against COVID-19
The questionnaire should be completed before visiting the vaccination point.

Answering the following questions will help your doctor decide if you can be immunized against COVID-19 today. Your answers will be taken under consideration by your doctor when qualifying for vaccination. The doctor may ask additional questions. In case of uncertainty, ask the healthcare professional responsible for the vaccination for clarification.

Pytania wstępne

Initial key questions

Lp No	Pytania wstępne Initial key questions	Tak Yes	Nie No
1.	Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2? Have you received a positive genetic or antigen test for SARS-CoV-2 during the last 3 months?		
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)? Have you had any close contact with or live with a person who was tested positive for SARS-CoV-2 genetic or antigen test or did you live with a person who has had symptoms of COVID-19 (listed in Questions 3–5) during the period of last 14 days?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? Have you had an increased body temperature or fever during the last 14 days?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? Have you had a new, persistent cough or an increase of chronic cough due to previously recognized chronic disease during the last 14 days?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku? Have you had a loss of smell or taste during the last 14 days?		
6.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni? Did you receive any vaccines within last 14 days?		
7.	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty)? Do you feel like having a cold today or suffer with diarrhoea or vomiting?		

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

If the answer to any of the above mentioned questions is positive, vaccination against COVID-19 should be postponed. You should come to the vaccination when all answers to the above-mentioned questions will be given as NO (negative). In case of any uncertainty, please contact the vaccination point.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19
Interview questionnaire before vaccinating an adult against COVID-19

Lp No	Pytania dotyczące stanu zdrowia Questions about health condition	Tak ^a Yes	Nie No	Nie wiem ^a Do not know
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:..... Do you feel sick today? (body temperature taken at vaccination point			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu? (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka? Have you ever had a severe adverse reaction in response to vaccination? (also concerning the first shot of vaccine against COVID-19) If yes, then what kind of reaction was shown.....			
3.	Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbate lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ? Have you been ever diagnosed with an allergy to polyethylene glycol (PEG), polysorbate or other substances from vaccine composition ¹ ?			
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu owada? Have you been diagnosed you with severe systemic allergic reaction (anaphylactic shock) after receiving some medicine or food, or after an insect bite?			
5.	Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej? Do you have an intensification (increase) of chronic disease?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające 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? Are you receiving medications that suppress your immune system (immunosuppressants oral corticosteroids, e.g. prednisone dexamethasone), anti-cancer drugs (cytostatic), drugs taken after organ transplantation, radiation therapy (irradiation) or treatment for arthritis, inflammatory bowel disease (e.g.Crohn's disease) or psoriasis?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Do you suffer from haemophilia or other serious bleeding disorders?			
8.	Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? Have you been diagnosed with Heparin-induced thrombocytopenia (HIT) or cerebral vein thrombosis?			
9.	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży? (for females only) Are you pregnant?			
10.	(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią? (for females only) Do you breastfeed your baby?			

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

The answer YES or DO NOT KNOW, on any mentioned above questions, requires additional clarification by personnel qualifying for vaccination

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

Answer YES to any of the questions 2-8 regarding health condition is an indication for qualification by a doctor.

Pytania w miejscu szczepienia Questions at the vaccination point

Pytania w miejscu szczepienia Questions at the vaccination point		Tak Yes	Nie No
1	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Do you have any doubts about the questions asked?		
2	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania? Did you get answers to the questions you asked?		

Czytelny podpis osoby szczepionej: Data:/godz.
Legible signature if the vaccinated person Date /time

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:
Supplement in depth interview at the vaccination point:

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:
Qualified for vaccination/Not qualified for vaccination (underline appropriate) by:

..... Data:/godz.
(czytelny podpis osoby kwalifikującej) Date /time
Legible signature of the person qualifying

Oświadczenie

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.

Statement

I declare that I voluntarily agreed to be vaccinated against COVID-19. I confirm that I have been given the information regarding this vaccination and that I understood it. I received the answered to all the questions I had asked and I understood the answers given to me.

.....
Data i czytelny podpis
Date and legible signature

¹ Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko COVID-19 można znaleźć w Ulotce dla pacjenta, dostępnej na stronie Szczepimy się pod adresem: <http://www.gov.pl/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19> . Ulotkę udostępnia również personel realizujący szczepienia.

¹More information about the vaccines against COVID-19 could be found on Patient package leaflet, available on www: <http://www.gov.pl/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19> . Patient package leaflet is also provided by personnel of vaccination point.