

ANKIETA PRZED SZCZEPIENIEM

BADANIE NALEŻY WYKONAĆ W TYM SAMYM DNIU (NIE PÓŹNIEJ NIŻ 24 GODZINY)
PO LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM DOKONANYM PRZEZ UPRAWNIONEGO LEKARZA

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA: _____

DATA URODZENIA: _____ PESEL: _____

RODZAJ SZCZEPIENIA: _____

WYWIAD (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

1. Czy w ciągu ostatnich czterech tygodni był Pan(i) szczepiony(a)?

TAK (kiedy, jaka szczepionka?) NIE

2. Czy kiedykolwiek po szczepieniu wystąpiły działania niepożądane?

TAK (jakie?) NIE

3. Czy przebył(a) Pan(i) ostatnio jakieś infekcje?

TAK (jakie, jakie były podawane leki?) NIE

4. Czy choruje Pan(i) przewlekle?

TAK (jakie to schorzenie, jakie leki Pan(i) przyjmuje?) NIE

5. Czy w ciągu ostatnich trzech miesięcy przebywał(a) Pan(i) w szpitalu?

TAK (przetaczano Panu(i) krew lub podawano preparaty krwiopochodne?) NIE

6. Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?

TAK (czy także na jaja kurze, neomycynę?) NIE

7. Czy jest Pan(i) odczulany(a)?

TAK (kiedy była ostatnia dawka?) uwagi: NIE

8. Czy choruje Pan(i) na anemię sierpowatą lub inne choroby krwi w tym zaburzenia krzepnięcia?

TAK NIE

9. Tylko dla kobiet! Czy jest Pani w ciąży lub w najbliższym czasie ją planuje?

TAK NIE

ZE WZGLĘDU NA WŁASNE BEZPIECZEŃSTWO PACJENT POWINIEN POZOSTAĆ POD OPIEKĄ PERSONELU
MEDYCZNEGO PRZEZ 30 MINUT PO WYKONANIU SZCZEPIENIA

JA NIŻEJ PODPISANY(A), OŚWIADCZAM, ŻE UDZIELIŁEM(AM) ODPOWIEDZI NA PYTANIA ZGODNIE Z PRAWDĄ.

POTWIERDZAM, ZE MIAŁEM(AM) MOŻLIWOŚĆ ZADANIA LEKARZOWI PYTAŃ DOTYCZĄCYCH SPOSOBU WYKONANIA USŁUGI MEDYCZNEJ, JEJ CÉLOWOŚCI ORAZ GROŻĄCYCH POWIKŁANIACH I UZYSKAŁEM(AM) WYCZERPUJĄCE, ZROZUMIAŁE, SATYSFAKCJONUJĄCE MNIE ODPOWIEDZI.

POTWIERDZAM ZGODNOŚĆ I WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE SZCZEPIENIA:

DATA I PODPIS PACJENTA _____