

Space for the designation of medical provider
Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Patient's full name/ Imię i nazwisko pacjenta :

PESEL or passport series and number/ PESEL lub seria i nr paszportu :

COVID-19 pre-vaccination screening form for adults
Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej
przeciw COVID-19

To be completed before visiting the vaccination site

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień

The following questions will help the screening staff to determine whether you are eligible to be vaccinated against COVID-19 today. The answers will be used in making the decision whether you are eligible for vaccination. The screening staff may ask additional questions. If you have any doubts, please ask the screening staff or vaccinator for clarification.

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

No.	Pre-screening questions/Pytania wstępne	Yes/Tak	No/Nie
1.	Have you taken a genetic or antigen test for SARS-CoV-2 and tested positive in the last 30 days? Czy w ciągu ostatnich 30 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Have you had close contact or been living with someone who took a genetic or antigen test for SARS-CoV-2 and tested positive in the last 14 days, or have you been living with a person experiencing COVID-19 symptoms (listed under Questions 3-5) within that period? 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.	Have you experienced higher body temperature or a fever in the last 14 days? Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Have you been experiencing a new, continuous cough or a worsening chronic cough due to a diagnosed chronic condition in the last 14 days? Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Have you lost your sense of smell or taste in the last 14 days? Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		

No.	Pre-screening questions/Pytania wstępne	Yes/Tak	No/Nie
6.	Are you experiencing a cold, diarrhoea or vomiting? Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty?		

If you answered YES (affirmative) to any of these questions, your COVID-19 vaccination should be delayed. Please come back for your vaccination appointment only when you can answer NO (negative) to all questions. If you have any doubts, please contact the vaccination site

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.

COVID-19 pre-vaccination medical history form for adults Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

No.	Health questions / Pytania dotyczące stanu zdrowia	Yes ^a /Tak ^a	No/Nie	Don't know ^a / Nie wiem ^a
1.	Are you feeling unwell today? (body temperature at vaccination site:°C) Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C)			
2.	Have you ever experienced any serious adverse reaction following vaccination (including following the first dose of a COVID-19 vaccine)? If so, what was the reaction? Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?			
3.	Have you been diagnosed as allergic to polyethylene glycol (PEG), polysorbate, or other vaccine components ¹ ? Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbát lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ?			
4.	Have you been diagnosed with a severe generalised allergic reaction (anaphylactic shock) after drug intake, food consumption, or insect bite? Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			
5.	Are you experiencing an exacerbated chronic condition? Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?			

¹For more information on COVID-19 vaccine components, please consult the patient leaflet available at the "Szczepimy się" website, <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. You can also get the leaflet from your vaccinator. /¹Więcej 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.



No.	Health questions / Pytania dotyczące stanu zdrowia	Yes ^a /Tak ^a	No/Nie	Don't know ^a / Nie wiem ^a
6.	Are you taking medication that weakens your immune system (immunosuppressants, oral corticosteroids, e.g. prednisone or dexamethasone), (cytostatic) drugs for malignant tumours or post-transplant medication, or are you undergoing radiation therapy or biological therapy for arthritis, inflammatory bowel disease (such as Crohn's disease) or psoriasis? 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?			
7.	Do you suffer from haemophilia or other serious blood clotting disorders? Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			
8.	Have you been diagnosed with heparin-induced thrombocytopenia (HIT) or cerebral venous sinus thrombosis? Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?			
9.	<i>(For women only)</i> Are you pregnant? <i>(tylko dla Pań)</i> Czy jest Pani w ciąży?			
10.	<i>(For women only)</i> Are you breastfeeding? <i>(tylko dla Pań)</i> Czy karmi Pani dziecko piersią?			

^a If you answered YES or DON'T KNOW to any of the questions, screening staff will have to ask you for additional clarification.

If you answered YES to any of the health questions 2-8, this indicates that you should be screened by a medical practitioner.

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

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

Questions at the vaccination site / Pytania w miejscu szczepienia		Yes/Tak	No/Nie
1.	Do you have any doubts concerning the questions asked? Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Have you received answers to your questions? Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?		

Legible signature of the patient/ Czytelny podpis osoby szczepionej:

Date/Data: / Time/godz.:

Form completed at vaccination site/ Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:

Deemed eligible for vaccination / not eligible for vaccination (underline as appropriate) by/ Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

..... Date/Data: /Time/godz.:
(legible signature of screening staff)
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

Consent

I voluntarily give my consent to be vaccinated against COVID-19. I confirm that I have received and understood information about this vaccination. I have also received and understood answers to all questions I asked.

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.

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