

Место для наименования медицинского учреждения

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Имя и фамилия прививаемого лица: номер PESEL или серия и номер загранпаспорта:.....

Imię i nazwisko osoby szczepionejPESEL lub seria i nr paszportu:.....

Имя и фамилия законного представителя:..... номер PESEL или серия и номер загранпаспорта:.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....PESEL lub seria i nr paszportu:.....

**Анкета предварительного скринингового опроса
перед вакцинацией малолетнего лица от COVID-19**

Kwestionariusz wstępny wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby małoletniej

(анкету следует заполнить перед визитом в пункт вакцинации)

(kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień)

Ответы на приведенные ниже вопросы позволят персоналу, допускающему к вакцинации, принять решение, можно ли данному лицу сделать сегодня прививку от COVID-19. Ответы будут использованы для принятия решения по допуску к вакцинации. Лицо, допускающее к вакцинации, может задать дополнительные вопросы. В случае сомнений следует попросить медицинского работника, допускающего к вакцинации или выполняющего прививку, предоставить соответствующие разъяснения.

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować, czy można u osoby kwalifikowanej do szczepienia 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.

Допуск к вакцинации лиц в возрасте до 15 лет осуществляет врач.

Kwalifikację do szczepienia osób do 15 lat prowadzi lekarz.

№ п/п Lp.	Предварительные вопросы Pytania wstępne	Да Tak	Нет Nie
1.	Получало ли прививаемое лицо положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2 за последние 30 дней? Czy w ciągu ostatnich 30 dni osoba poddawana szczepieniu miała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Были ли за последние 14 дней у прививаемого лица контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли прививаемое лицо последние 14 дней с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли прививаемое лицо с лицом, у которого в этот период наблюдались симптомы COVID-19 (указанные в вопросах 3–5)? Czy w ciągu ostatnich 14 dni osoba poddawana szczepieniu miała 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)?		

№ п/п Lp.	Предварительные вопросы Pytania wstępne	Да Tak	Нет Nie
3.	Отмечалась ли у прививаемого лица за последние 14 дней повышенная или высокая температура тела? <i>Czy w ciągu ostatnich 14 dni osoba poddawana szczepieniu miała podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?</i>		
4.	Отмечался ли у прививаемого лица за последние 14 дней новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания? <i>Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu występował nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?</i>		
5.	Отмечалась ли у прививаемого лица за последние 14 дней потеря обоняния или вкуса? <i>Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła utrata węchu lub odczucia smaku?</i>		
6.	Наблюдаются ли у прививаемого лица сегодня симптомы простуды, диарея, рвота? <i>Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj przeziębiona lub ma biegunkę, wymioty?</i>		

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.

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.

Анкета опроса перед вакцинацией малолетнего лица от COVID-19

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby małoletniej przeciw COVID-19

№ п/п Lp.	Вопросы, касающиеся состояния здоровья Pytania dotyczące stanu zdrowia	Да ^a Tak ^a	Нет Nie	Не знаю ^a Nie wiem ^a
1.	Чувствует ли прививаемое лицо себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации:°C) <i>Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj chora? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C)</i>			
2.	Наблюдалась ли когда-либо у прививаемого лица тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая? <i>Czy u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?</i>			
3.	Диагностировалась ли у прививаемого лица аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины ¹ ?			

¹ 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.

№ п/п Lp.	Вопросы, касающиеся состояния здоровья Pytania dotyczące stanu zdrowia	Да ^a Tak ^a	Нет Nie	Не знаю ^a Nie wiem ^a
	Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbitat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ² ?			
4.	<p>Диагностировалась ли в прошлом у прививаемого лица тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого?</p> <p>Czy w przeszłości u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?</p>			
5.	<p>Наблюдается ли у прививаемого лица обострение хронического заболевания?</p> <p>Czy u osoby poddawanej szczepieniu występuje zaostrzenie choroby przewlekłej?</p>			
6.	<p>Принимает ли прививаемое лицо лекарства, угнетающие иммунитет (иммуносупрессивные пероральные кортикостероиды – например, преднизон, дексаметазон), лекарства от злокачественных новообразований (цитостатические), лекарства, употребляемые после пересадки органа, радиотерапию (облучение) или биологическое лечение в связи с воспалением суставов, неспецифическим воспалением кишечника (например, болезнью Крона) или псориазом?</p> <p>Czy osoba poddawana szczepieniu otrzymuje 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?</p>			
7.	<p>Болеет ли прививаемое лицо гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови?</p> <p>Czy osoba poddawana szczepieniu choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?</p>			
8.	<p>Диагностировалась ли у прививаемого лица гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) или тромбоз синусов твердой мозговой оболочки?</p> <p>Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?</p>			
9.	<p>(вопрос касается только женщин) Беременна ли прививаемая женщина?</p> <p>(tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu jest w ciąży?</p>			
10.	<p>(вопрос касается только женщин) Кормит ли прививаемая женщина в настоящее время грудью?</p> <p>(tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu karmi dziecko piersią?</p>			

а) Ответ «ДА» или «НЕ ЗНАЮ» на какой-либо из вопросов требует дополнительного консультирования со стороны персонала, допускающего к вакцинации. Ответ «ДА» на какой-либо из вопросов 2-8, касающихся состояния здоровья,

¹ 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.

¹ Więcej 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.

является показанием к осуществлению допуска к вакцинации врачом. **Допуск к вакцинации лиц в возрасте до 15 лет осуществляет врач.**

а) Odpowiedź 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. **Kwalifikację do szczepienia osób w wieku do 15 lat prowadzi lekarz.**

Вопросы в месте проведения вакцинации Pytania w miejscu szczepienia		Да Tak	Нет Nie
1.	Есть ли сомнения относительно заданных вопросов? Czy są wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Были ли получены ответы на заданные вопросы? Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania?		

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

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

..... Дата:/время

(разборчивая подпись лица, допускающего к вакцинации) Data: /godz.

(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

***Заявление**
***Oświadczenie**

Я заявляю, что добровольно даю согласие на вакцинацию против COVID-19. Я подтверждаю, что меня ознакомили с информацией, касающейся данной прививки, и эта информация мне понятна. Мне также были даны ответы на все заданные мной вопросы, ответы мне понятны.

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.

.....
Дата и разборчивая подпись
(*подпись требуется в случае достижения 16 лет)
Data i czytelny podpis
(*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 lat)

Согласие законного представителя
Zgoda przedstawiciela ustawowego

Я, номер PESEL:

Ja, PESEL:

(имя и фамилия / номер PESEL законного представителя)

(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego)

.....серия: №:.....

(название документа, удостоверяющего личность)

legitymujący/a się:seria: nr:.....

(nazwa dokumentu tożsamości)

заявляю, что являюсь законным представителем:

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

....., дата рождения....., номер PESEL:.....

(имя и фамилия / дата рождения /номер PESEL малолетнего лица)



.....data ur....., PESEL:.....

(imię i nazwisko/data urodzenia/PESEL osoby małoletniej)

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

i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19 w dniu:,

.....
Дата и разборчивая подпись
(подпись законного представителя)
Data i czytelny podpis
(podpis przedstawiciela ustawowego)