

KWESTIONARIUSZ WYWIADU PRZESIEWOWEGO PRZED SZCZEPIENIEM DZIECI I MŁODZIEŻY

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Wiek:

PESEL:

Adres:

Telefon

Lp.	Pytanie	TAK	NIE	NIE WIEM
1	Czy dziecko jest dziś chore?			
2	Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?			
3	Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?			
4	Dotyczy dzieci młodszych niż 6 miesięcy: Czy u niemowlęcia kiedykolwiek wystąpiło wglobienie (zablokowanie, niedrożność) jelita?			
5	Czy u dziecka występują lub występowały problemy z krzepnięciem krwi (mała liczba płytek krwi)?			
6	Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki? Czy u dziecka występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?			
7	Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagle zgony z powodu zakażeń?			
8	Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, kortyzonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym, poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczono z powodu idiopatycznego (młodzieńczego) zapalenia stawów (lub innych chorób tkanki łącznej), nieswoistego zapalenia jelita (choroba Crohna) lub łuszczycy?			
9	Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) lub lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną)?			
10	Czy dziecko aktualnie jest leczone lekiem przeciwwirusowym (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca) lub otrzymywało go w ciągu minionych 24 godzin?			
11	Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca?			
12	Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?			

Choroby przewlekłe	
Leki	
Alergie	
Nazwa ostatniego szczepienia	
Data ostatniego szczepienia	

Czy przynieśli Państwo ze sobą książeczkę szczepień dziecka (lub kartę uodpornienia)? TAK NIE

_____ data

_____ podpis pacjenta lub opiekuna

_____ podpis i pieczętka lekarza