

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przed szczepieniem

Odpowiedź na poniższe pytania ułatwia lekarzowi decyzję, które szczepienia można wykonać w dniu dzisiejszym.

Wizyta pierwsza Wizyta kolejna Kontynuacja szczepień rozpoczętych w innej placówce

Imię i nazwisko.....Data urodzenia.....

Termin wyjazdu..... Długość pobytu.....

Kraj docelowy Kraje tranzytowe.....

Charakter wyjazdu: pobyt stacjonarny turystyka wędrowna inny

	Tak	Nie
1. Czy występują dziś u Pani/Pana objawy choroby lub przeziębienia? (gorączka, ból gardła, ból głowy, katar, itp.)		
2. Czy występują u Pani/Pana uczulenia (alergia), szczególnie na białko jaja kurzego, leki lub szczepionki?		
3. Czy wystąpiła u Pani/Pana w przeszłości poważna niepożądana reakcja na szczepienie?		
4. Czy Pani/Pan choruje na jakiegokolwiek choroby przewlekłe?		
5. Czy stosowano u Pani/Pana w ciągu ostatnich 6 miesięcy leki obniżające odporność np. Sterydy (np. Encorton, Prednizon), leki przeciwnowotworowe lub zabiegi radioterapii?		
6. Czy podano Pani/Panu w ciągu ostatnich 12 miesięcy preparaty krwi albo krwivopochodne (np. osocze, immunoglobuliny, czynniki krzepnięcia)?		

PYTANIE DLA OSÓB, KTÓRE MAJĄ WIZYTĘ PIERWSZORAZOWĄ

Czy podano Pani/Panu w ciągu ostatnich 6 miesięcy jakieś szczepionki?		
---	--	--

PYTANIE TYLKO DLA KOBIEC

Czy jest Pani w ciąży lub planuje ciążę w najbliższych miesiącach?		
--	--	--

Data.....

Podpis

Uwagi – wypełnia lekarz kwalifikujący do szczepień:

Pieczętka i podpis lekarza

Przychodnia Szczepień Ochronnych i Centrum Medycyny Podróży NZOZ przy Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń