

ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM
QD/L-177

(pieczęć nagłówkowa)

W wyniku przeprowadzonego w dniu..... o godzinie..... lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:

u Pana/i urodzonego/ej w dniu zamieszkałego/ej w

.....
(adres zamieszkania)

nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL.....

stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

.....
.....
w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego*)

stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

.....
.....
dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia do dnia.....*)

stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, dające podstawy do długotrwałego odroczenia wykonania szczepienia, i skierowano na konsultację specjalistyczną do poradni (podać adres)

.....
.....**)

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA***):

....., dnia

(miejsowość)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*) Wypełnia lekarz w przypadku gdy szczepienie odbywa się w placówce innej niż badanie pacjenta.

**) Wypełnia lekarz w przypadku skierowania na konsultację specjalistyczną do poradni.

***) Wypełnia lekarz przeprowadzający badanie kwalifikacyjne lub konsultację specjalistyczną.

ANKIETA DO BADANIA KWALIFIKACYJNEGO – wypełnia rodzic/opiekun prawny dziecka

(niewłaściwe skreślić)

1. Czy dziecko ma aktualnie jakiegokolwiek objawy chorobowe (gorączka, kaszel, wymioty, biegunka)? **TAK / NIE**
2. Czy dziecko było chore w ciągu ostatnich 2 tygodni? **TAK / NIE**
3. Czy u dziecka były wykonane szczepienia w ciągu ostatnich 4 tygodni? **TAK / NIE**
4. Czy u dziecka kiedykolwiek po szczepieniach wystąpiła reakcja poszczepienna? **TAK / NIE**
5. Czy dziecko uczulone jest na: leki, szczepionki, pokarmy, białko jaja kurzego, lateks? **TAK / NIE**
6. Czy dziecko jest lub było odczulane? **TAK / NIE**
7. Czy dziecko choruje na: astmę, choroby płuc, serca, nerek, przewodu pokarmowego, krwi, choroby metaboliczne np. cukrzyca? **TAK / NIE**
8. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS, choroby obniżające odporność? **TAK / NIE**
9. Czy u dziecka, rodzeństwa lub rodzica występowały w przeszłości drgawki, zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowłady, paraliż? **TAK / NIE**
10. Czy dziecko w ostatnich 3 miesiącach było leczone dożylnie lub doustnie lekami sterydowymi, lekami przeciwnowotworowymi, poddawane radioterapii, leczeniu biologicznemu lub przewlekle kwasem acetylosalicylowym? **TAK / NIE**
11. Czy dziecko w ciągu ostatnich 6-12 miesięcy otrzymywało krew/preparaty krwiopochodne lub immunoglobuliny? **TAK / NIE**
12. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko ciąży w ciągu 4 tygodni? **TAK / NIE**

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia u mojego dziecka:

..... w/w szczepionką.

Oświadczam, że poinformowano mnie o:

- możliwości wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego;
- konieczności pozostania z dzieckiem na terenie przychodni przez co najmniej 20 minut po wykonaniu szczepienia;
- kolejnych szczepieniach dziecka- obowiązkowych i zalecanych.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)