

Formularz przygotowany na podstawie kwestionariusza opublikowanego przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów i Ministerstwo Zdrowia

*Este formulario fue elaborado sobre la base del cuestionario publicado por la Cancillería del Primer Ministro y el Ministerio de Salud.*

### Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

*(Indique el centro médico aquí)*

Imię i nazwisko pacjenta: .....

*Nombre y apellido del paciente*

PESEL lub seria i nr paszportu: .....

*Número PESEL o número de serie del pasaporte*

## Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

*Cuestionario de entrevista inicial antes de la vacunación contra COVID-19 de un adulto*

### Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.

*El cuestionario debe completarse antes de la visita al sitio de vacunación.*

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.

*Al responder las siguientes preguntas, el personal calificado para las vacunas decidirá si usted es elegible para la vacuna COVID-19 hoy. Sus respuestas se utilizarán para calificar para la vacunación. El calificador puede hacer preguntas adicionales. En caso de ambigüedad, pregunte al profesional de la salud que califica o realiza la vacunación para una aclaración.*

Lp. No.	Pytania wstępne <i>Preguntas preliminares</i>	Tak Sí	Nie No
1.	Czy w ciągu ostatnich 30 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2? <i>¿Ha dado positivo en SARS-CoV-2 (prueba genética o de antígeno) en los últimos 30 días?</i>		
2.	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)? <i>¿Ha tenido contacto cercano o vive con una persona que dio positivo en la prueba de SARS-CoV-2 (prueba genética o de antígeno) en los últimos 14 días o vive con una persona que ha tenido síntomas de COVID-19 (enumerados en preguntas 3-5) en dicho periodo?</i>		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? <i>Have you had increased body temperature or fever in the last 14 days?</i>		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		

Formularz przygotowany na podstawie kwestionariusza opublikowanego przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów i Ministerstwo Zdrowia

*Este formulario fue elaborado sobre la base del cuestionario publicado por la Cancillería del Primer Ministro y el Ministerio de Salud.*

	<i>¿Ha tenido una tos nueva y continua o ha sufrido tos crónica intensificada en el curso de una enfermedad crónica en los últimos 14 días?</i>		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku? <i>¿Ha sufrido pérdida del olfato o el gusto en los últimos 14 días?</i>		
6.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni? <i>¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?</i>		
7.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty? <i>¿Tiene un resfriado o diarrea o ha estado vomitando hoy?</i>		

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.

*Si respondió SÍ (positivo) a cualquiera de las preguntas anteriores, su vacuna COVID-19 debe posponerse. Debe programar la cita de vacunación cuando pueda dar respuestas NO (negativas) a todas las preguntas. Si tiene alguna duda, póngase en contacto con el centro de vacunación.*

### Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

*Un cuestionario de evaluación de la salud antes de la vacunación contra COVID-19 de un adulto.*

Lp. No.	Pytania dotyczące stanu zdrowia <i>Preguntas de evaluación de la salud</i>	Tak <sup>a</sup> <i>Sí<sup>a</sup></i>	Nie <i>No</i>	Nie wiem <sup>a</sup> <i>No lo sé<sup>a</sup></i>
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: .....°C) <i>¿Te sientes mal hoy?</i> (Temperatura corporal medida en el sitio de vacunación.... ° C)			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka? ..... <i>¿Ha tenido alguna vez una reacción adversa grave a una vacuna (incluida la primera dosis de la vacuna COVID-19)? Si es así, ¿cuál fue la reacción?</i> .....			
3.	Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbato lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki <sup>1</sup> ? <i>¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica al polietilenglicol (PEG), polisorbato o cualquier otro componente de la vacuna?<sup>1</sup></i>			
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			

<sup>1</sup> 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.

Puede encontrar más información sobre los componentes de las vacunas contra COVID-19 en el Folleto para el paciente en el sitio web de Szczepimy się: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. El folleto también está disponible a través de los proveedores de vacunación..

Formularz przygotowany na podstawie kwestionariusza opublikowanego przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów i Ministerstwo Zdrowia

*Este formulario fue elaborado sobre la base del cuestionario publicado por la Cancillería del Primer Ministro y el Ministerio de Salud.*

	<i>¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica sistémica grave (anafilaxia) a un medicamento, comida o picadura de insecto?</i>			
<b>5.</b>	Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej? <i>¿Sufre actualmente de una intensificación de una enfermedad crónica?</i>			
<b>6.</b>	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? <i>¿Toma alguna medicación inmunodepresora (inmunosupresores, corticosteroides orales, p. ej. prednisona, dexametasona), terapias contra el cáncer (medicación citostática), medicación postrasplante o está recibiendo radioterapia (radiación) o tratamiento biológico para la artritis, inflamación intestinal inespecífica (p. ej. enfermedad de Crohn) o psoriasis?</i>			
<b>7.</b>	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? <i>¿Padece hemofilia o algún otro trastorno importante de la coagulación?</i>			
<b>8.</b>	Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? <i>¿Le han diagnosticado trombocitopenia inducida por heparina (TIH) o trombosis de las venas cerebrales?</i>			
<b>9.</b>	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy jest Pani w ciąży? (Solo para mujeres) <i>¿Está embarazada?</i>			
<b>10.</b>	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy karmi Pani dziecko piersią? (Solo para mujeres) <i>¿Está amamantando?</i>			

<sup>a</sup> Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia.

*Si respondió alguna pregunta SÍ o NO SÉ, el personal le hará preguntas adicionales.*

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

*Si respondió alguna de las preguntas relacionadas con la salud no. 2-8 SÍ, el procedimiento de detección debe realizarlo un médico.*

<b>Pytania w miejscu szczepienia</b>		<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
<b>Preguntas para hacer en el sitio de la vacunación</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>1.</b>	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? <i>¿Tiene alguna duda sobre las preguntas que le han hecho?</i>		
<b>2.</b>	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania? <i>¿Ha recibido respuestas a las preguntas que ha formulado?</i>		

Czytelny podpis osoby szczepionej: ..... Data: ...../godz. ....  
*Firma legible de la persona que recibe la vacuna: Fecha: / Hora:*

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:.....  
*Evaluación de salud adicional realizada en el sitio de vacunación:*

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:  
*Calificado / no calificado para la vacunación (subrayado según corresponda) por:*

Data sporządzenia kwestionariusza 15.05.2021 r. (wersja 1)  
*El cuestionario fue elaborado el 15 de mayo de 2021 (versión 1)*

Formularz przygotowany na podstawie kwestionariusza opublikowanego przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów i Ministerstwo Zdrowia

*Este formulario fue elaborado sobre la base del cuestionario publicado por la Cancillería del Primer Ministro y el Ministerio de Salud.*

.....  
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)  
(firma legible de la persona que realiza el procedimiento de selección)

Data: ...../godz. ....  
Fecha: ...../Hora:

### **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.

### **Consentimiento**

*Por la presente doy mi consentimiento libre y voluntario para vacunarme contra COVID-19. Confirmando que he recibido y comprendido la información relativa a la vacunación. También he recibido y comprendido las respuestas a todas las preguntas que hice..*

.....  
Data i czytelny podpis  
Fecha y firma legible