

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

This form was drafted on the basis of the questionnaire published by the Chancellery of the Prime Minister and the Ministry of Health

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

(Please indicate the medical facility here)

Imię i nazwisko pacjenta:

Patient's first name and last name

PESEL lub seria i nr paszportu:

PESEL number or passport serial number

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

Initial screening interview questionnaire to be completed before COVID-19 vaccination of an adult

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.

The questionnaire should be completed before the visit at the vaccination site.

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.

By answering the questions below you will help the screening personnel determine if you can be vaccinated against COVID-19 today. The answers will be used to conduct the screening procedure. The person conducting the screening procedure may ask you additional questions. Should you have any queries, ask the healthcare provider conducting the screening procedure or providing the vaccination for explanation.

Lp. No.	Pytania wstępne <i>Preliminary questions</i>	Tak Yes	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>Have you tested positive for SARS-CoV-2 (genetic or antigen test) in the last 30 days?</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>Have you had close contact or do you live with a person who has tested positive for SARS-CoV-2 (genetic or antigen test) in the last 14 days or do you live with a person who has had COVID-19 symptoms (listed in questions 3-5) in the said period?</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>		

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

This form was drafted on the basis of the questionnaire published by the Chancellery of the Prime Minister and the Ministry of Health

Lp. No.	Pytania wstępne <i>Preliminary questions</i>	Tak Yes	Nie No
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? <i>Have you had a new, continuous cough or suffered from intensified chronic cough in the course of a diagnosed chronic disease in the last 14 days?</i>		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku? <i>Have you suffered from loss of smell or taste in the last 14 days?</i>		
6.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni? <i>Have you received any vaccine in the last 14 days?</i>		
7.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty? <i>Are you having a cold or a diarrhoea or have you been vomiting today?</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.

If you have provided a YES (positive) answer to any of the above questions, your COVID-19 vaccination should be deferred. You should schedule the vaccination appointment when you are able to provide NO (negative) answers to all the questions. Should you have any doubts, contact the vaccination site.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

A health assessment questionnaire to be completed before the COVID-19 vaccination of an adult

Lp. No.	Pytania dotyczące stanu zdrowia <i>Health assessment questions</i>	Tak ^a Yes ^a	Nie No	Nie wiem ^a <i>I do not know^a</i>
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C) <i>Are you feeling unwell today? (Body temperature measured at the vaccination site °C)</i>			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka? <i>Have you ever had a severe adverse reaction to a vaccine (including the first dose of a COVID-19 vaccine). If so, what was the reaction?</i>			
3.	Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbate lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ? <i>Have you ever had an allergic reaction to polyethylene glycol (PEG), polyserbate or any other components of the vaccine?¹</i>			

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 udostępni również personel realizujący szczepienia.

More information about the components of the vaccines against COVID-19 can be found in the *Patient's Leaflet* at the *Szczepimy się* website: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. The leaflet is also available from the vaccination providers.

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

This form was drafted on the basis of the questionnaire published by the Chancellery of the Prime Minister and the Ministry of Health

Lp. No.	Pytania dotyczące stanu zdrowia <i>Health assessment questions</i>	Tak ^a Yes ^a	Nie No	Nie wiem ^a <i>I do not know^a</i>
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? <i>Have you ever had a severe systemic allergic reaction (anaphylaxis) to a medication, food or insect bite?</i>			
5.	Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej? <i>Are you currently suffering from an intensification of a chronic disease?</i>			
6.	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>Do you take any immunocompromising medication (immunosuppressants, oral corticosteroids – e.g. prednisone, dexamethasone), cancer therapies (cytostatic medication), post-transplant medication or are you undergoing radiotherapy (radiation) or biological treatment for arthritis, non-specific bowel inflammation (e. g. Crohn's disease) or psoriasis?</i>			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? <i>Do you suffer from haemophilia or any other major coagulation disorders?</i>			
8.	Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? <i>Have you been diagnosed with heparin-induced thrombocytopenia (HIT) or cerebral vein thrombosis?</i>			
9.	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy jest Pani w ciąży? <i>(To be answered by women only) Are you pregnant?</i>			
10.	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy karmi Pani dziecko piersią? <i>(To be answered by women only) Are you breastfeeding?</i>			

^a Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia.

If you answer any question YES or I DON'T KNOW, the screening personnel will ask you additional questions.

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

If you answer any of the health-related questions no. 2-8 YES, the screening procedure should be conducted by a doctor.

Pytania w miejscu szczepienia <i>Questions to be asked at the vaccination site</i>		Tak Yes	Nie No
1.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? <i>Do you have any doubts concerning the questions you have been asked?</i>		
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania? <i>Have you received answers to the questions you have asked?</i>		

Czytelny podpis osoby szczepionej:
Legible signature of the person receiving the vaccine:

Data:/godz.
Date: / Time:

Data sporządzenia kwestionariusza 15.05.2021 r. (wersja 1)
The questionnaire was drafted on 15. 05. 2021. (version 1)

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

This form was drafted on the basis of the questionnaire published by the Chancellery of the Prime Minister and the Ministry of Health

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:.....

Additional health assessment conducted at the vaccination site:

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

Qualified/ not qualified for the vaccination (underline as appropriate) by:

.....

(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

(legible signature of the person conducting the screening procedure)

Data:/godz.

Date: / Time:

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.

Consent

I hereby give my free and voluntary consent to be vaccinated against COVID-19. I confirm that I have received and understood the information concerning the vaccination. I have also received and understood the answers to all the questions I asked.

.....

Data i czytelny podpis

Date and legible signature