

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL lub seria i nr paszportu:

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

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.

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.

Lp.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
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)?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?		
7.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty?		

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.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C)			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?			
3.	Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbát lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ?			

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 udostępnia również personel realizujący szczepienia.

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			
5.	Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?			
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?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			
8.	Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?			
9.	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy jest Pani w ciąży?			
10.	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy karmi Pani dziecko piersią?			

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

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

Pytania w miejscu szczepienia		Tak	Nie
1.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?		

Czytelny podpis osoby szczepionej:

Data:/godz.

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:.....

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

.....

Data:/godz.

(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

Oświadczenie

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je rozumięłam/rozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i rozumięłam/rozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

.....

Data i czytelny podpis

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Piekarskie Centrum Medyczne Sp. z o.o., ul. Szpitalna 11 w Piekarach Śląskich, oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Podpis

Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Piekarskie Centrum Medyczne Sp z o.o. z siedzibą przy ul. Szpitalnej 11 w Piekarach Śląskich (kod pocztowy 41-940). Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani / Pana danych osobowych: e-mail: iod@szpital.piekary.pl, tel: 32 3938192. Dane osobowe są przetwarzane w celu obsługi, organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) na podstawie art. 6 ust. 1 lit a. RODO (zgoda na przetwarzanie danych). Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie może skutkować brakiem możliwości realizacji szczepienia przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19). Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji lub profilowaniu. Dane zostaną udostępnione do Centrum e-Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto dane mogą być udostępniane innym podmiotom lub organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także na podstawie umów powierzenia. Szpital nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych. dane będą przechowywane przez czas wymagany do obsługi, organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19). W przypadku realizacji szczepienia dane będą przechowywane zgodnie z przepisami dotyczącymi przechowywania dokumentacji medycznej. Ma Pani / Pan prawo do dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania a także usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, na zasadach określonych w przepisach prawa, w tym RODO, a także do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed cofnięciem zgody. Ma Pani / Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna, że przetwarzanie Pani / Pana danych osobowych narusza przepisy.