

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem przeciwko HPV

Imię i nazwisko osoby szczepionej:

Pesel: Szkoła:

Pytanie przesiewowe		TAK	NIE	NIE WIEM
1.	Czy wiadomo, że dziecko jest uczulone na leki, pokarmy lub lateks?	Jakie?		
2.	Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka reakcja po szczepieniu?			
3.	Czy u dziecka występują lub występowały problemy z krzepnięciem krwi (niska liczba płytek krwi)?			
4.	Czy u dziecka występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. drgawki, zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)?			
5.	Czy u dziecka kiedykolwiek rozpoznano nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?			
6.	Czy dziecko w ciągu minionych 3 mies. leczono prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazonem, kortyzonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.), lekami przeciw nowotworom złośliwym, poddawano radioterapii (napromienianiu) lub leczono z powodu młodzieńczego zapalenia stawów (lub innych chorób tkanki łącznej), nieswoistego zapalenia jelita (choroba Crohna) lub łuszczycy? Czy dziecku przeszczepiono narząd lub szpik kostny?			
7.	Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) lub immunoglobulinę (gammaglobulinę)?			
8.	Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe inne niż wyżej wymienione?	Jakie?		
9.	Czy dziecko aktualnie przyjmuje jakieś leki inne niż wyżej wymienione?	Jakie?		

Zgoda przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

Numer i seria dowodu osobistego lub PESEL:

Tel. kontaktowy:

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym osoby małoletniej i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciwko HPV.

.....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Wypełnia placówka wykonująca szczepienie

Data szczepienia	Godzina szczepienia	Seria szczepionki	Pieczętka i podpis lekarza kwalifikującego	Pieczętka i podpis osoby wykonującej szczepienie
<i>I dawka</i>				
<i>II dawka</i>				