

Kwestionariusz przed szczepieniem

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Wiek (rok urodzenia).....

WYWIAD (zaznaczyć właściwe):

	tak	nie	nie wiem
1. Czy po poprzednich szczepieniach wystąpiły u Pani/Pana działania niepożądane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy jest Pani/Pan uczulona/y na jaja lub białko kurze, lub jeden ze składników szczepionki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy była Pani/Pan szczepiona w ciągu ostatnich 4 tygodni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy choruje Pani/Pan obecnie na infekcję przebiegającą z gorączką?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy znajduje się Pani/Pan obecnie w fazie zaostrzenia choroby przewlekłej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy ma Pani/Pan niedobory odporności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy choruje Pani/Pan na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (dpornościowego)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie otrzymuje kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podpis pacjenta:.....

Data:.....