

Olsztyn, dnia _____ - _____ - ____r.

I. Formularz o stanie zdrowia dziecka – wywiad przed szczepieniem przeciwko HPV w szkole

(Formularz dotyczy stanu zdrowia dziecka. Formularz wypełnia opiekun prawny dziecka)

Imię i nazwisko dziecka: _____

Adres zamieszkania dziecka: _____

Tel. kontaktowy do opiekuna prawnego dziecka: _____

Data urodzenia dziecka : _____

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Informacja: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli zdecydować lekarzowi przeprowadzającemu kwalifikację dziecka do szczepienia, czy szczepienie będzie możliwe do wykonania w dniu badania. Odpowiedź „TAK” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy szczepić dziecka. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań podczas badania.

*** podkreśl poprawną odpowiedź:**

1. Czy dziecko jest ogólnie zdrowe? TAK*/ NIE*
2. Czy dziecko jest uczulone na leki/ jakieś szczepionki/ klej opatrunkowy/ lateks? TAK*/ NIE*
3. Czy wystąpiła u dziecka kiedykolwiek ciężka, niepożądana reakcja po szczepieniu? TAK*/ NIE*
4. Czy dziecko choruje przewlekłe na chorobę serca/ astmę/ inną chorobę płuc/ nerek/ chorobę metaboliczną (np. cukrzycę)/ niedokrwistość/ inną chorobę krwi? TAK*/ NIE*
5. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy/ białaczkę/ AIDS (zakażenie HIV)/ inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? TAK*/ NIE*
6. Czy dziecko otrzymywało 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) czy łuszczycy? TAK*/ NIE*
7. Czy występowały u dziecka drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż)? TAK*/ NIE*
8. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazwany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)? TAK*/ NIE*
9. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni TAK*/ NIE*
Jeśli TAK to jaką i przeciw jakiej chorobie: _____

FORMULARZ wypełniony przez opiekuna prawnego dziecka:

DATA _____ czytelny podpis: _____

II. ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM

W wyniku przeprowadzonego w dniu _____ o godzinie _____ lekarskiego badania kwalifikacyjnego, zaświadcza się o braku przeciwwskazań do szczepienia:

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:

(pieczęć i podpis lekarza)

Olsztyn, dnia _____