

Место для наименования медицинского учреждения

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Имя и фамилия пациента/ :

Imię i nazwisko pacjenta

номер PESEL или серия и номер загранпаспорта:

PESEL lub seria i nr paszportu:

**Анкета предварительного скринингового опроса
перед вакцинацией взрослого от COVID-19**

**Kwestionariusz wstępny wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej
przeciw COVID-19**

Анкету следует заполнить перед визитом в пункт вакцинации.

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.

Ответы на приведенные ниже вопросы позволят персоналу, допускающему к вакцинации, принять решение, можно ли вам сделать сегодня прививку от COVID-19. Ответы будут использованы для принятия решения по допуску к вакцинации. Лицо, допускающее к вакцинации, может задать вам дополнительные вопросы. В случае сомнений следует попросить медицинского работника, допускающего к вакцинации или выполняющего прививку, предоставить соответствующие разъяснения.

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.

№ п/п	Предварительные вопросы Pytania wstępne	Да Tak	Нет Nie
1.	Получали ли вы положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2 за последние 30 дней? Czy w ciągu ostatnich 30 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Были ли за последние 14 дней у вас контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживаете ли вы в течение последних 14 дней с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживаете ли вы с лицом, у которого в этот период наблюдались симптомы COVID-19 (указанные в вопросах 3–5)? 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.	Отмечалась ли у вас за последние 14 дней повышенная или высокая температура тела? Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		

№ п/п	Предварительные вопросы Pytania wstępne	Да Tak	Нет Nie
4.	Отмечался ли у вас за последние 14 дней новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания? Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Отмечалась ли у вас за последние 14 дней потеря обоняния или вкуса? Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Наблюдаются ли у вас сегодня симптомы простуды, диарея, рвота? Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty?		

Если на какой-либо из приведенных выше вопросов будет получен ответ «ДА» (положительный), вакцинацию против COVID-19 следует отложить. Получение прививки возможно, если на все вопросы будет получен ответ «НЕТ» (если все ответы будут отрицательными). В случае сомнений следует связаться с пунктом вакцинации.

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.

Анкета опроса перед вакцинацией взрослого от COVID-19

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

№ п/п	Вопросы, касающиеся состояния здоровья Pytania dotyczące stanu zdrowia	Да^a Tak^a	Нет Nie	Не знаю^a Nie wiem^a
1.	Чувствуете ли вы себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации:°C) Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C)			
2.	Наблюдалась ли когда-либо у вас тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая? Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?			
3.	Диагностировалась ли у вас аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины ¹ ? Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbát lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ?			
4.	Диагностировалась ли в прошлом у вас тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого?			

¹ Более подробную информацию на тему состава вакцин против COVID-19 вы найдете в Информации для пациента, доступной на веб-сайте *Szczepimy się* по адресу: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. Такую информацию может предоставить также персонал, проводящий вакцинацию.

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.

№ п/п	Вопросы, касающиеся состояния здоровья Pytania dotyczące stanu zdrowia	Да ^a Tak ^a	Нет Nie	Не знаю ^a Nie wiem ^a
	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			
5.	Наблюдается ли у вас обострение хронического заболевания? Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?			
6.	Принимаете ли вы лекарства, угнетающие иммунитет (иммуносупрессивные пероральные кортикостероиды – например, преднизон, дексаметазон), лекарства от злокачественных новообразований (цитостатические), лекарства, употребляемые после пересадки органа, радиотерапию (облучение) или биологическое лечение в связи с воспалением суставов, неспецифическим воспалением кишечника (например, болезнью Крона) или псориазом? 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.	Болеете ли вы гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови? Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			
8.	Диагностировалась ли у вас гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) или тромбоз синусов твердой мозговой оболочки? Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?			
9.	<i>(вопрос касается только женщин)</i> Беременны ли вы? <i>(tylko dla Pań)</i> Czy jest Pani w ciąży?			
10.	<i>(вопрос касается только женщин)</i> Кормите ли вы в настоящее время грудью? <i>(tylko dla Pań)</i> Czy karmi Pani dziecko piersią?			

^a Ответ «ДА» или «НЕ ЗНАЮ» на какой-либо из вопросов требует дополнительного консультирования со стороны персонала, допускающего к вакцинации.

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

Ответ «ДА» на какой-либо из вопросов 2-8, касающихся состояния здоровья, является показанием к осуществлению допуска к вакцинации врачом.

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

Вопросы в месте проведения вакцинации Pytania w miejscu szczepienia		Да Tak	Нет Nie
1.	Есть ли у вас сомнения относительно заданных вопросов? Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Получили ли вы ответы на заданные вопросы? Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?		

Разборчивая подпись прививаемого лица:Дата Data:время/godz.
Czytelny podpis osoby szczepionej:

Дополнительный опрос в пункте вакцинации:.....
Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:

Допущен(а) к вакцинации / не допущен(а) к вакцинации (нужное подчеркнуть)
Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

.....Дата/Data:время/godz.....
(разборчивая подпись лица, допускающего к вакцинации)
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

Заявление
Oświadczenie

Я заявляю, что добровольно даю согласие на вакцинацию против COVID-19. Я подтверждаю, что меня ознакомили с информацией, касающейся данной прививки, и эта информация мне понятна. Мне также были даны ответы на все заданные мной вопросы, ответы мне понятны.

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.

.....
Дата и разборчивая подпись
Data i czytelny podpis