

ZGODA NA SZCZEPIONKĘ PRZECIWKO GRYPIE

Nazwisko: _____ Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

Adres: _____ Miejscowość/stan: _____ Kod pocztowy: _____

Numer telefonu w ciągu dnia: _____ Adres e-mail (opcjonalnie) _____

Data urodzenia: _____ Wiek: _____ Płeć: Mężczyzna Kobieta

Prosimy zakreślić

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Czy jest Pan(-i) w wieku co najmniej 18 lat? | Tak | Nie |
| 2. Czy kiedykolwiek był(-a) Pan(-i) szczepiony(-a) przeciwko grypie? | Tak | Nie |
| 3. Jeżeli tak, prosimy podać, czy wystąpiła u Pana(-i) ciężka reakcja poszczepienna?
Prosimy podać szczegóły dotyczące reakcji _____ | Tak | Nie |
| 4. Czy jest Pan(-i) uczulony(-a) na jaja lub produkty z jaj? Jeżeli nie, prosimy przejść do pytania 5.
Jeżeli tak, prosimy podać, czy otrzymał(-a) Pan(-i) szczepionkę wolną
od składników pochodzących z jajek? | Tak | Nie |
| Czy wystąpiła u Pana(-i) reakcja po podaniu szczepionki wolnej
od składników pochodzących z jajek? | Tak | Nie |
| 5. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin wystąpiły u Pana(-i) gorączka, infekcja układu oddechowego,
nudności, wymioty i/lub biegunka? | Tak | Nie |
| 6. Czy jest Pan(-i) uczulony(-a) na lateks? | Tak | Nie |
| 7. Czy jest Pan(-i) uczulony(-a) na tiomersal (konserwant w roztworze
do soczewek kontaktowych)? | Tak | Nie |
| 8. Czy kiedykolwiek wystąpił u Pana(-i) paraliż w przebiegu zespołu Guillain-Barré Syndrome? | Tak | Nie |
| 9. Czy podano Panu(-i) jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 30 dni? | Tak | Nie |
| 10. Dot. tylko kobiet: Czy jest Pani w ciąży? | Tak | Nie |

Otrzymałem(-am) treść kopii oświadczenia dotyczącego szczepionki przeciwko grypie i zapoznałem(-am) się z nią. Miałem(-am) okazję zadać pytania, na które uzyskałem(-am) zadowalające mnie odpowiedzi. Rozumiem korzyści i ryzyko związane ze szczepionką przeciwko grypie. Wyrażam zgodę na podanie mi szczepionki. Mogą u mnie wystąpić łagodne reakcje, w tym tkliwość w miejscu podania, bóle i niewysoka gorączka. Jeżeli mój oddech stanie się świszczący lub wystąpią inne problemy z oddychaniem, pokrzywka lub ciężka wysypka, natychmiast mam się zgłosić do najbliższego oddziału ratunkowego w celu podjęcia leczenia możliwej ciężkiej reakcji alergicznej, a następnie skontrolować stan zdrowia u lekarza rodzinnego.

Podpis osoby otrzymującej szczepionkę lub osoby upoważnionej do złożenia prośby o szczepienie

Data

Placówka służby zdrowia: _____

Miejsce na naklejkę VIS

Inicjał

Producent szczepionki i jej nazwa
Nr serii / Naklejka z terminem
ważności

Miejsce podania: Prawy mięsień naramienny

Lewy mięsień naramienny

Podpis i tytuł pielęgniarki wykonującej zastrzyk

Data:

BIAŁA KOPIA – DZIAŁ ROZLICZEŃ

ŻÓŁTA KOPIA – PACJENT