

DEKLARACJA ZDROWOTNA - DOROSŁY

Szczepionka przeciwko grypie i pneumokokom

Prosimy o wypełnienie jednej deklaracji
zdrowotnej na osobę.
Dotyczy osób powyżej 18. roku życia.

Data szczepionki _____

Osobowy numer ewidencyjny _____

Imię i nazwisko _____

Czy ma Pan/Pani alergię na jajka? Tak Nie

Czy miał Pan/Pani silną reakcję alergiczną na inny produkt, która
wymagała zgłoszenia się do placówki służby zdrowia? Tak Nie

Czy miał Pan/Pani silną reakcję alergiczną na wcześniejsze szczepionki? Tak Nie

Czy choruje Pan/Pani na hemofilię lub inną skazę krwotoczną, np. przyjmuje lek o nazwie Waran? Tak Nie

Czy choruje Pan/Pani na chorobę przewlekłą lub ma usuniętą śledzionę? Tak Nie

Jeśli tak, czy choruje Pan/Pani na:

Przewlekłą chorobę płuc, w tym astmę Tak Nie

Otyłość (BMI>40) Tak Nie

Chorobę neuromięśniową (np. stwardnienie rozsiane) Tak Nie

Przewlekłą chorobę wieńcową (objawy inne niż tylko podwyższone ciśnienie) Tak Nie

Zwiększone ryzyko infekcji Tak Nie

(Np. brak odporności, ale również inne dolegliwości, takie jak rak lub choroba autoimmunologiczna,
gdzie sama choroba lub jej leczenie oznacza zwiększone ryzyko infekcji)

Wskazania do szczepienia szczepionką skonjungowaną przeciwko pneumokokom Tak Nie

(Obniżona wydolność śledziony; Mocno obniżona odporność immunologiczna ze względu na chorobę lub
leczenie, np. przeszczep organu, leczenie cytostatyczne lub przyjmowanie >15 mg Prednizolonu/dziennie,
przyjmowanie innych leków silnie immunosupresyjnych lub blokerów anty-TNF w połączeniu z innym leczeniem
obniżającym odporność; Zespół nerczycowy; Implant ślimakowy; Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego; Mukowiscydoza)

Przewlekłą niewydolność wątroby lub nerek Tak Nie

Cukrzycę Tak Nie

Porażenie mózgowe/niepełnosprawność wielozakresową Tak Nie

Czy jest Pani w ciąży? Tak Nie

Jeśli tak, w którym tygodniu ciąży:

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przekazanie swoich danych
dotyczących szczepionki innym osobom w ramach służby zdrowia? Tak Nie

Podpis osoby szczepionej

Imię i nazwisko