

Имя и фамилия прививаемого лица: номер PESEL или серия и номер загранпаспорта:.....

Imię i nazwisko osoby szczepionejPESEL lub seria i nr paszportu:.....

Имя и фамилия законного представителя:..... номер PESEL или серия и номер загранпаспорта:.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....PESEL lub seria i nr paszportu:.....

**Анкета предварительного скринингового опроса
перед вакцинацией малолетнего лица от COVID-19**

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby małoletniej

(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 данному лицу сделать сегодня прививку от COVID-19. Ответы будут использованы для принятия решения по допуску к вакцинации. Лицо, допускающее к вакцинации, может задать 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 osoby kwalifikowanej do szczepienia 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.

Допуск к вакцинации лиц в возрасте до 15 лет осуществляет врач.

Kwalifikację do szczepienia osób do 15 lat prowadzi lekarz.

№ п/п Лр.	Предварительные вопросы Pytania wstępne	Да Tak	Нет Nie
1.	Получало ли прививаемое лицо положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2 за последние 30 дней? Czy w ciągu ostatnich 30 dni osoba poddawana szczepieniu miała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Были ли за последние 14 дней у прививаемого лица контакты с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли прививаемое лицо последние 14 дней с лицом, получившим положительный результат генетического теста или антиген-теста на вирус SARS-CoV-2, проживает ли прививаемое лицо с лицом, у которого в этот период наблюдались симптомы COVID-19 (указанные в вопросах 3–5)? Czy w ciągu ostatnich 14 dni osoba poddawana szczepieniu miała 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 прививаемого лица за последние 14 дней повышенная или высокая температура тела? Czy w ciągu ostatnich 14 dni osoba poddawana szczepieniu miała podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		

Дата составления анкеты 07.06.2021 г. (версия 1) 1

Data sporządzenia kwestionariusza 07.06.2021 г. (wersja 1) 1

№ п/п Лр.	Предварительные вопросы Pytania wstępne	Да Tak	Нет Nie
4.	Отмечался ли у прививаемого лица за последние 14 дней новый сохраняющийся кашель или обострение хронического кашля по причине диагностированного хронического заболевания? Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu występował nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Отмечалась ли у прививаемого лица за последние 14 дней потеря обоняния или вкуса? Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Наблюдаются ли у прививаемого лица сегодня симптомы простуды, диарея, рвота? Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj przeziębiona 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 малолетнего лица от COVID-19

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby małoletniej przeciw COVID-19

№ п/п Лр.	Вопросы, касающиеся состояния здоровья Pytania dotyczące stanu zdrowia	Да ^a Tak ^a	Нет Nie	Не знаю ^a Nie wiem ^a
1.	Чувствует ли прививаемое лицо себя больным сегодня? (измерение температуры тела, выполненное в пункте вакцинации:°C) Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj chora? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C)			
2.	Наблюдалась ли когда-либо у прививаемого лица тяжелая неблагоприятная реакция на вакцинацию (вопрос касается также первой дозы вакцины против COVID-19)? Если да, какая? Czy u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?			
3.	Диагностировалась ли у прививаемого лица аллергия на полиэтиленгликоль (ПЭГ), полисорбат или иные вещества, входящие в состав вакцины ¹ ? Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbát lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ² ?			

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.

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.

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 udostępni również personel realizujący szczepienia.

№ п/п Лр.	Вопросы, касающиеся состояния здоровья Pytania dotyczące stanu zdrowia	Да ^a Tak ^a	Нет Nie	Не знаю ^a Nie wiem ^a
4.	<p>Диагностировалась ли в прошлом у прививаемого лица тяжелая генерализованная аллергическая реакция (анафилактический шок) после приема лекарства, еды или после укуса насекомого?</p> <p>Czy w przeszłości u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?</p>			
5.	<p>Наблюдается ли у прививаемого лица обострение хронического заболевания?</p> <p>Czy u osoby poddawanej szczepieniu występuje zaostrzenie choroby przewlekłej?</p>			
6.	<p>Принимает ли прививаемое лицо 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?</p> <p>Czy osoba poddawana szczepieniu otrzymuje 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?</p>			
7.	<p>Болеет ли прививаемое лицо гемофилией или другими серьезными нарушениями свертываемости крови?</p> <p>Czy osoba poddawana szczepieniu choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?</p>			
8.	<p>Диагностировалась ли у прививаемого лица гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ) или тромбоз синусов твердой мозговой оболочки?</p> <p>Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?</p>			
9.	<p><i>(вопрос касается только женщин)</i> Беременна ли прививаемая женщина?</p> <p><i>(tylko dla Pań)</i> Czy osoba poddawana szczepieniu jest w ciąży?</p>			
10.	<p><i>(вопрос касается только женщин)</i> Кормит ли прививаемая женщина в настоящее время грудью?</p> <p><i>(tylko dla Pań)</i> Czy osoba poddawana szczepieniu karmi dziecko piersią?</p>			

а) Ответ «ДА» или «НЕ ЗНАЮ» на какой-либо из вопросов требует дополнительного консультирования со стороны персонала, допускающего к вакцинации. Ответ «ДА» на какой-либо из вопросов 2-8, касающихся состояния здоровья, является показанием к осуществлению допуска к вакцинации врачом. **Допуск к вакцинации лиц в возрасте до 15 лет осуществляет врач.**

а) Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia. Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza. **Kwalifikację do szczepienia osób w wieku do 15 lat prowadzi lekarz.**

Вопросы в месте проведения вакцинации Pytania w miejscu szczepienia		Да Tak	Нет Nie
1.	<p>Есть ли сомнения относительно заданных вопросов?</p> <p>Czy są wątpliwości do zadanych pytań?</p>		

2.	Были ли получены ответы на заданные вопросы? Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania?		
----	--	--	--

Допущен(а) к вакцинации / не допущен(а) к вакцинации (нужное подчеркнуть)

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

..... Дата:/время

(разборчивая подпись лица, допускающего к вакцинации) Дата: /godz.

(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
(*подпись требуется в случае достижения 16 лет)
Data i czytelny podpis
(*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 lat)

Согласие законного представителя
Zgoda przedstawiciela ustawowego

Я, номер PESEL:,

Ja, PESEL:,

(имя и фамилия / номер PESEL законного представителя)

(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego)

.....серия: №:.....

(название документа, удостоверяющего личность)

legitymujący/a się:seria: nr:.....

(nazwa dokumentu tożsamości)

заявляю, что являюсь законным представителем:

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

....., дата рождения....., номер PESEL:.....

.....
(имя и фамилия / дата рождения /номер PESEL малолетнего лица)

.....data ur....., PESEL:.....

(imię i nazwisko/data urodzenia/PESEL osoby małoletniej)

и даю свое согласие на вакцинацию против COVID-19 (дата)

i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19 w dniu:,

.....
Дата и разборчивая подпись
(подпись законного представителя)
Data i czytelny podpis
(podpis przedstawiciela ustawowego)