



KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA

Pacjent: _____
nazwisko imię

Pesel: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| lub* _____
nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

Lp.	Pytanie	TAK	NIE
1	Czy pacjent był szczepiony w ciągu 4 ostatnich tygodni?		
2	Czy występowały niepożądane odczyny poszczepienne?		
3	Czy pacjent jest uczulony na leki, pokarmy, szczepionki? Jakie?		
4	Czy pacjent ma aktualnie jakiegokolwiek objawy chorobowe (gorączka, kaszel, wymioty, biegunka, inne)? Jakie?		
5	Czy pacjent był chory w ciągu 4 ostatnich tygodni? Na co?		
6	Czy pacjent choruje na chorobę przewlekłą? Jaką?		
7	Czy pacjent otrzymuje aktualnie leki? Jakie?		
8	Czy pacjentka jest w ciąży?		
9	Czy pacjent był w ciągu ostatnich 3 tygodni leczony sterydami?		
10	Czy pacjent otrzymał krew lub preparaty krwi w ciągu minionego roku?		
11	Czy pacjent jest/był odczulany?		
12	Czy u pacjenta występowały drgawki lub inne objawy ze strony układu nerwowego (zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład)?		

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| | _____
Podpis opiekuna prawnego

Status kwalifikacji: **zakwalifikowany/niezakwalifikowany*** *niepotrzebne skreślić

W wyniku przeprowadzonego badania kwalifikacyjnego lekarskiego

w dniu, |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|, o godz. _____, stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia przeciw HPV w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego.

Opiekun prawny Pacjenta został poinformowany o możliwych niepożądanych odczynach poszczepiennych.

Data: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| | _____
Pieczęć i podpis lekarza