

## Objaśnienia do Kwestionariusza wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

KWESTIONARIUSZ NALEŻY WYPEŁNIĆ W DNIU UMÓWIONEJ WIZYTY NA SZCZEPIENIE		W TEJ KOLUMNIE ZNAJDZIECIE PAŃSTWO WYJAŚNIENIA, KTÓRE MOGĄ BYĆ POTRZEBNE DLA UDZIELENIA PRAWIDŁOWEJ ODPOWIEDZI NA PYTANIA ZAWARTE W ANKIECIE
PYTANIA WSTĘPNE – dotyczą ostatnich 14 dni, poza pytaniami 1 i 8		WYJAŚNIENIA
1.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?	Proszę napisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> jeśli jakkolwiek test w kierunku koronawirusa był wykonywany u Pani/Pana. Jeśli nie był wykonywany proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
2.	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)?	Proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> jeżeli u kogoś z domowników rozpoznano koronawirusa w ciągu ostatnich 14 dni lub jeżeli spotkaliście się w ciągu ostatnich dwóch tygodni z osobą chorą lub z objawami koronawirusa takimi jak temperatura, kaszel, duszność, zaburzenia węchu lub smaku. Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?	Jeżeli miała Pani/Pan temperaturę <b>powyżej</b> 37,5 stopnia C w ciągu ostatnich 14 dni proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?	Jeżeli pojawił się u Pani/Pan w ciągu ostatnich 14 dni kaszel, którego wcześniej nie było, proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> . W wypadku kiedy cierpi Pani/Pan na przewlekły kaszel, proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> jeżeli kaszel w ostatnim okresie zaostrzył się Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?	Jeżeli pojawił się u Pani/Pan w ciągu ostatnich 14 dni ten objaw (zaburzenia węchu lub smaku) proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> . Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
6.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)?	Jeżeli w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/Pan z zagranicy proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> . Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
7.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?	Jeżeli w ciągu ostatnich 14 dni była Pani/pan szczepiona (np. na grype) proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> . Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
8.	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty)?	Jeżeli <b>DZISIAJ</b> czuje się Pani/Pan przeziębiona (katar, kaszel, bóle mięśni, uczucie rozbicia) proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> . Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>

PYTANIA DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA		WYJAŚNIENIE
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrenie) choroby przewlekłej?	Pytanie dotyczy dnia dzisiejszego, czyli dnia szczepienia. Jeżeli jest Pani/Pan chora w dniu dzisiejszym, lub od wczoraj nastąpiło znaczne pogorszenie stanu zdrowia proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> . Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
2.	Czy w przeszłości lekarz rozpoznał u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu jakiegoś leku lub pokarmu, albo po ukąszeniu owada?	Pytanie dotyczy całego Pani/Pana życia. Jeżeli kiedykolwiek występowały burzliwe objawy uczuleniowe takie jak: duszność, obrzęk twarzy, krtani, uogólniona wysypka, spadek ciśnienia, po podaniu leku, po ukąszeniu owada lub po spożyciu jedzenia, proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> . Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
3.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?	Pytanie dotyczy całego Pani/Pana życia. Jeżeli kiedykolwiek występowały burzliwe objawy uczuleniowe takie jak: duszność, obrzęk twarzy, krtani, uogólniona wysypka, spadek ciśnienia, po jakimkolwiek szczepieniu proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> . Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
4.	Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje?	Pytanie dotyczy całego Pani/Pana życia. Jeżeli kiedykolwiek występowały objawy uczuleniowe takie jak: duszność, obrzęk twarzy, krtani, uogólniona wysypka, spadek ciśnienia, po kontakcie z substancjami chemicznymi (płyny, proszki do prania, inne) proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> . Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
5.	Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)?	Proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> jeżeli choruje Pani/Pan na nowotwór, białaczkę, chłoniaka, AIDS, toczeń trzewny lub inne choroby określane przez lekarza jako „immunologiczne”. Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające odporność (immunosupresyjne), np. kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?	Proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> jeżeli przyjmuje Pani/Pan któryś z wymienionych leków. Są to tzw. Sterydy lub Cytostatyki stosowane w leczeniu nowotworów, ciężkich chorób zapalnych, chorób o podłożu immunologicznym lub po przeszczepach narządów. W razie wątpliwości, proszę nie zaznaczać pola TAK i zabrać opakowania przyjmowanych leków ze sobą na szczepienie. Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwe?	Proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> jeżeli stwierdzano u Pani/Pana kłopoty z krzepliwością krwi lub jeśli po skaleczeniu bardzo długo utrzymuje się krwawienie. Proszę także wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b> jeżeli przyjmuje Pani/Pan leki zmniejszające krzepliwość krwi Jeżeli taka sytuacja nie miała miejsca, proszę postawić znak X w polu odpowiedzi <b>NIE</b>
8.	<b>PYTANIE DLA PAŃ</b> Czy jest Pani w ciąży?	Jeżeli jest prawdopodobieństwo lub pewność, że jest Pani w ciąży proszę wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b>
9.	<b>PYTANIE DLA PAŃ</b> Czy karmi Pani dziecko piersią?	Pytanie dotyczy ostatnich dwóch tygodni i okresu po szczepieniu. Jeżeli zamierza pani karmić piersią dziecko po szczepieniu proszę także wpisać znak X w polu odpowiedzi <b>TAK</b>
10.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Czy którekolwiek z pytań było niejasne?	Jeżeli chce Pani/Pan zaznaczyć odpowiedź TAK, proszę przed wizytą na szczepienie zapisać się na teleporadę do lekarza Przychodni