

Pionki, dn. 09.06.2021r.

L.dz. SPZZOZ D-1535/2021

Szanowni Państwo

Powszechny Punkt Szczepień w Pionkach (PSP) zaprasza na szczepienia dzieci wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi – mamy wolne terminy

Uprzejmie informujemy, iż od 7 czerwca rodzice mogą zapisywać na szczepienia przeciw Covid-19 dzieci w wieku 12-15 lat. Nastolatki otrzymają szczepionkę Comirnaty firmy Pfizer, która jako jedyna została dopuszczona dla osób w tym wieku.

Na szczepienia dziecko w wieku 12–15 lat można zarejestrować:

- **kontaktując się bezpośrednio z PSP w Pionkach pod numerem telefonu 48 612-13-81 wew. 101**
- **osobiście w Punkcie Szczepień przy ul. Sienkiewicza 29 w Pionkach (budynek NPL)**
- przez bezpłatną infolinię Narodowego Programu Szczepień: 989
- wysyłając SMS na numer 664 908 556 lub 880 333 333 o treści: Szczepimy Sie
- poprzez e-rejestrację dostępną na stronie głównej pacjent.gov.pl.

Dziecko musi mieć ukończone 12 lat w momencie zapisania się na szczepienie.

Przed szczepieniem należy wypełnić za dziecko kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego, który powinien być podpisany przez rodzica lub opiekuna prawnego.

Kwestionariusz będzie dla pracownika medycznego podstawą decyzji, czy nastolatek może być zaszczepiony tego dnia. Jeśli nastolatek nie przyniesie na zabieg podpisanego kwestionariusza, to jego opiekun prawny musi z nim przyjść i wypełnić go na miejscu w Punkcie Szczepień.

Wzór kwestionariusza dostępny jest na stronie internetowej pod adresem

<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/szczepienia-przeciw-covid-19-dla-12-15-latkow>

W załączeniu przesyłamy wzór kwestionariusza.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zespołu
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach
im. Lecha i Marii Kaczyńskich
- Pary Prezydenckiej
B. Dudek
Bernarda Dudek

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej

Imię i nazwisko osoby szczepionej PESEL lub seria i nr paszportu:.....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego: PESEL lub seria i nr paszportu:

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby niepełnoletniej przeciw COVID-19 (kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień)

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować, czy można u Pani/Pana 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.

Lp.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 30 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
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)?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?		
7.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty?		

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.

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby niepełnoletniej przeciw COVID-19

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień:°C)			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?			
3.	Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbitat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹ ?			
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?			
5.	Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw			

¹ 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 udostępnia również personel realizujący szczepienia.

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
	nowotworem złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?			
8.	Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?			
9.	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży?			
10.	(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią?			

^{2 a} 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.

Pytania w miejscu szczepienia		Tak	Nie
1.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań?		
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania?		

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

..... Data:/godz.
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

Oświadczenie

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.

.....
Data i czytelny podpis

(*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 r.ż.)

Zgoda opiekuna ustawowego

Janr PESEL:
(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: seria: nr:
(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym (właściwe podkreślić):

..... data ur....., nr PESEL:.....
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

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

.....
Data i czytelny podpis
(podpis opiekuna prawnego)