

Imię i nazwisko

Pesel.....

Radom , dn

Telefon.....

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej/osoby z grupy 1B przeciw Covid-19

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą u lekarza. Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować, czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane przez lekarza w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego realizującego szczepienie.

I.p.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni 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 w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)?		
7.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?		
8.	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty)?		

I.p.	Pytania szczegółowe dla grupy 1B	Tak	Nie
1.	Czy jest Pani/Pan po przeszczepie tkanek lub narządu? Jeśli TAK to jakiego:		
2.	Czy jest Pani/Pan w trakcie leczenia immunosupresyjnego?		
3.	Czy jest Pani/Pan w trakcie leczenia chemioterapeutycznego?		
4.	Czy jest Pani/Pan w trakcie leczenia radioterapeutycznego?		

I.p.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak	Nie	Nie wiem
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrenie) choroby przewlekłej?			
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?			
3.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?			
4.	Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje?			
5.	Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające odporność (immunosupresyjne), np. kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encorton, 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?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwe?			
8.	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży?			
9.	(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią?			
10.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Czy którekolwiek z pytań było niejasne?			

Badanie kwalifikacyjne do szczepienia

Temp.

- Zakwalifikowano

Brak przeciwwskazań do szczepienia preparatem
Poinformowano o możliwych Niepożądanych Odczynach Poszczepiennych.

- Zdyskwalifikowano.

Odroczono

(powód, zalecenia dalszego postępowania)

.....
data podpis lekarza kwalifikującego

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 podpis

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), art. 9 ust. 2 lit. a) oraz art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Kliniki Neuroradiologii Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, moich danych osobowych w zakresie obejmującym: imię i nazwisko, numer PESEL, numer telefonu oraz udostępnianie tych danych Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Centrum e-Zdrowie, Ministerstwu Zdrowia oraz podmiotom uczestniczącym w procesie organizacji i realizacji szczepień, w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że przysługuje mi prawo dostępu do moich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, żądania zaprzestania ich przetwarzania oraz prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w każdym czasie.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych są Kliniki Neuroradiologii Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Górskiego 6/92, 00-033 Warszawa.

W Klinikach Neuroradiologii Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Górskiego 6/92, 00-033 Warszawa został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych – Tomasz Paprocki, z którym kontakt jest możliwy poprzez adres mailowy: iodo@onkologiaradom.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora danych wskazany powyżej.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych osobowych znajdują się na stronie internetowej Radomskiego Centrum Onkologii im. Bohaterów Radomskiego Czerwca '76 z siedzibą w Radomiu <https://onkologiaradom.pl/szczepienia-covid-19-klauzula-informacyjna/> oraz w punkcie szczepień.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)