|  |  |
| --- | --- |
| Epixpert Sp. z o.o.Ul. Kryniczna 7, 03-934 Warszawa KRS: 0000839211 NIP: 525-2821696 | Data / *Date*:……………………………. |
| Nr Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą*No in the Registry of Health Care Providers*  | 000000229174 |
| Imię pacjenta*Patient name* |  |
| Nazwisko pacjenta*Patient last name* |  |
| Płeć (M / K)*Gender (M-Male / K-Female)* |  |
| PESEL / nr paszportu*ID or passport number* |  |
| *Dat aurodzenia/**Date of Birth* |  |
| *Narodowość/**Nationality* |  |
| *Adres**Address* |  |
| Badanie lekarskie i wynik kwalifikacji *Medical examinations and result of qualification* | Temperatura ciała */ Body temperature ……………………………oC*Tętno */ Heart rate …………………………………………………………bpm**Oddech / Respiration* ***OK / NOT OK ……………….…….***Neurologicznie */ Awareness* ***OK / NOT OK ……………….…….***Gardło */ Throat* ***OK / NOT OK ……………….…….***Płuca */ Lungs* ***OK / NOT OK ……………….…….***Serce */ Heart****OK / NOT OK ……………….…….***Inne *(proszę opisać) Other (please describe)*Kwalifikacja do szczepienie */ Qualified for vaccinet:***TAK** *(****YES) /* NIE *(NO)*** Podpis i pieczątka lekarza / *Stamp and signature of physician* |
| Zastosowane preparaty*Vaccine used* | Nazwa preparatu / *Brand name*: ……………………………………………………………………………………………….Nr serii / *Serial number*:……………………………………………………….Data ważności / *Expiry Date*: ……………………………………………….  Podpis i pieczątka pielęgniarki / *Stamp and signature of nurse* |

**Szczepienie - kwestionariusz osobowy**

***patient questionnaire***

Wypełnia opiekun prawny dziecka

*To be filled by legal guardian for each child*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko pacjenta*Patient name and last name* |  |
| PESEL*ID / passport number* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TAK***YES* | **NIE***NO* | **NIE WIEM***Do not know* |
| 1. | Czy Twoje dziecko jest dzisiaj chore?*Is your child ill today?* |  |  |  |
| 2. | Czy Twoje dziecko jest uczulone na jakiekolwiek leki, żywność, szczepionki lub lateks?*Is your child allergic to any medications, foods, vaccines or latex?* |  |  |  |
| 3. | Czy Twoje dziecko kiedykolwiek doświadczyło poważnej reakcji po szczepieniu?*Has your child ever experienced a severe reaction after a vaccine?* |  |  |  |
| 4. | Czy Twoje dziecko miało kiedykolwiek problemy z krzepliwością krwi (mała liczba płytek krwi)?*Has your child ever experienced problems with blood clotting (small number of blood platelets)?* |  |  |  |
| 5. | Czy któreś z Twoich dzieci miało padaczkę lub inne schorzenia związane z ośrodkowym układem nerwowym (np. utrata przytomności, paraliż, upośledzenie umysłowe)?*Has any of your children experienced epilepsy or any other conditions related to the central nervous system (eg loss of consciousness, paralysis, mental disability)?* |  |  |  |
| 6. | Czy Twoje dziecko cierpi na raka, białaczkę, AIDS, inne zaburzenia układu odpornościowego? Czy któryś z Twoich bliskich cierpi na ciężki niedobór odporności lub zmarł nagle z powodu infekcji?*Is your child suffering from cancer, leukemia, AIDS, other immune system disorders? Do any close relatives suffer from severe immune deficiency or sudden death from infection?* |  |  |  |
| 7. | Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy Twoje dziecko było leczone sterydami, lekami przeciwnowotworowymi, radioterapią, na młodzieńcze zapalenie stawów (lub inne choroby tkanki łącznej), chorobę Leśniowskiego-Crohna lub łuszczycę?*In the last 3 months, was your child treated with steroids, anti-cancer medications, with radiotherapy, for juvenile arthritis (or other connective tissue diseases), Crohn’s disease or psoriasis?* |  |  |  |
| 8. | Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy Twoje dziecko otrzymało krew lub produkty krwiopochodne (takie jak osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) lub przeszło terapię immunoglobulinami?*In the last 12 months has your child received blood or blood products (such as plasma, red blood cells, platelets) or received immunoglobulin therapy?* |  |  |  |
| 9. | Czy w ciągu ostatnich 24 godzin Twoje dziecko otrzymało jakieś leki przeciwwirusowe (np. na opryszczkę)?*In the last 24 hours, has your child received any antivirals (eg for herpes)?* |  |  |  |
| 10. | Czy Twoja córka jest w ciąży lub czy istnieje znaczące ryzyko, że może zajść w ciążę w ciągu następnych 30 dni?*Is your daughter pregnant or is there significant risk she may become pregnant in the next 30 days?* |  |  |  |
| 11. | Czy Twoje dziecko otrzymało jakieś szczepienie w ciągu ostatnich 4 tygodni?*Has your child received any vaccination in the last 4 weeks?* |  |  |  |
| 12. | Czy Twoje dziecko otrzymało kiedykolwiek szczepionkę przeciw grypie? *Has your child ever received a flu vaccine?* |  |  |  |
| 13. | Czy Twoje dziecko otrzymało kiedykolwiek szczepionkę przeciw Kleszczowemu zapaleniu mózgu? Has your child ever received a tick-borne encephalitis vaccine? |  |  |  |
| 14. | Czy Twoje dziecko otrzymało kiedykolwiek szczepionkę przeciw HPV? Has your child ever received a HPV vaccine? |  |  |  |

*DPR policies*