



## Wywiad przesiewowy przed szczepieniem przeciw COVID-19 i formularz zgodny na szczepienie\*

|  |   |   |  |              |
|--|---|---|--|--------------|
| Imię i nazwisko osoby szczepionej<br>(drukowanymi literami)  |   | Preferowane imię  |  |              |
| DOB  | Obecna identyfikacja płciowa<br>Wskaż identyfikację poniżej:<br><input type="text"/>  | <b>Klucz:</b><br>W – kobieta/dziewczynka TW – transpłciowa kobieta/dziewczynka<br>M – mężczyzna/chłopiec<br>TM – transpłciowy mężczyzna/chłopiec NB – osoba niebinarna<br>GNC – niezgodność płciowa Q – brak pewności/kwestionuje<br>NR – wolę nie odpowiadać GNL – płeć inna niż wymienione (wpisać)<br>* Zaimki płciowe: wpisać obok imienia i nazwiska klienta |  |              |
| Płeć przypisana w momencie urodzenia<br>Proszę wskazać płeć poniżej:<br><input type="text"/>                     |   | Stan cywilny<br>Proszę wskazać stan poniżej:<br><input type="text"/>  | <b>Klucz:</b><br>S – wolny(-a) D – rozwiedziony(-a)<br>M – żonaty/mężatka<br>W – wdowiec/wdowa V – związek cywilny<br>U – nieznan<br>SEPARATED – separacja orzeczona prawnie<br>PARTNER – partner życiowy  |              |
| Adres  | Miasto  | Stan  | Kod pocztowy   | Adres e-mail |
| Rodzic/opiekun/zastępca (jeśli dotyczy,<br>proszę wpisać drukowanymi literami)                                   |   | Telefon   | Preferowany język  |              |
| Pochodzenie etniczne<br>Proszę wskazać<br>odpowiedzi<br>pochodzenie etniczne<br>poniżej:<br><input type="text"/> | <b>Klucz przynależności etnicznej:</b><br>DECL – odmówiono<br>HIS - pochodzenie latynoskie<br>NHL - pochodzenie<br>niełatynoskie<br>UNK – nieznanne | Rasa<br>Proszę wskazać<br>rasę poniżej:<br><input type="text"/>   | <b>Klucz rasy:</b><br>AIA – rdzenny Amerykanin/Amerykanka lub<br>rdzenny Alaskaniec/Alaskanka<br>ASN – pochodzenie azjatyckie<br>BAA – Afroamerykanin/Afroamerykanka lub czarny(-a)<br>DECL – odmówiono odpowiedzi<br>NHP – rodowity Hawajczyk/Hawajka lub<br>mieszkaniec/mieszkanica wysp na Pacyfiku<br>WHT – biały(-a)<br>OTH – inna lub osoba pochodzenia wielokulturowego |              |
| Nazwa podstawowego ubezpieczenia   | Nr identyfikacyjny<br>podstawowego ubezpieczenia  | Imię i nazwisko<br>subskrybenta/data ur.  | Powiązanie z<br>pacjentem  |              |
| Adres podstawowego ubezpieczenia   | Nr grupy podstawowego<br>ubezpieczenia  | Nr telefonu podstawowego ubezpieczenia  |  |              |
| Nazwa dodatkowego ubezpieczenia  | Nr identyfikacyjny<br>dodatkowego ubezpieczenia   | Imię i nazwisko<br>subskrybenta/data ur.  | Powiązanie<br>z pacjentem  |              |
| Adres dodatkowego ubezpieczenia  | Nr grupy dodatkowego<br>ubezpieczenia   | Nr telefonu dodatkowego ubezpieczenia   |  |              |
| Przychodnia/gabinet, w którym podawana<br>jest szczepionka   | Adres/numer telefonu lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  |   |  |              |

## Kwestionariusz przesiewowy

|     |   |                              |                                |                                      |
|-----|---|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1.  | Czy czuje się Pan(i) dzisiaj chory(-a)?   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie   |                                      |
| 2.  | Czy w ciągu ostatnich 10 dni wykonywał(a) Pan(i) test na COVID-19 ze względu na odczuwane objawy i nadal czeka Pan(i) na jego wynik lub pracownik opieki zdrowotnej lub wydział zdrowia poinformował Pana(-ią) o konieczności poddania się izolacji lub kwarantannie w domu z powodu zakażenia lub narażenia na COVID-19?                 | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Nie wiadomo |
| 3.  | Czy w ciągu ostatnich 90 dni przeszedł/przeszła Pan(i) terapię przeciwciałami lub otrzymał(a) osocze ozdrowieńców z powodu COVID-19? <i>Jeśli tak, kiedy otrzymał(a) Pan(i) ostatnią dawkę?</i><br>Data: _____  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Nie wiadomo |
| 4.  | Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana(-i) natychmiastowa reakcja alergiczna (np. pokrzywka, obrzęk twarzy, trudności w oddychaniu, wstrząs anafilaktyczny) na jakąkolwiek szczepionkę, iniekcję lub zastrzyk lub jakikolwiek składnik szczepionki przeciw COVID-19 lub ciężka reakcją alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) na dowolny czynnik? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Nie wiadomo |
| 5.  | Czy w ciągu ostatnich 14 dni (2 tygodni) otrzymał(a) Pan(i) dowolną szczepionkę, w tym szczepionkę przeciw grypie? <i>Jeśli tak, kiedy wykonano ostatnie szczepienie?</i> Data: _____   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Nie wiadomo |
| 6.  | Czy jest Pani w ciąży lub rozważa zajście w ciążę?  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Nie wiadomo |
| 7.  | Czy choruje Pan(i) na raka, białaczkę, HIV/AIDS, ma w wywiadzie chorobę osłabiającą układ odpornościowy?  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Nie wiadomo |
| 8.  | Czy przyjmuje Pan(i) leki wpływające na układ odpornościowy, takie jak kortyzon, prednizon lub inne steroidy, leki przeciwnowotworowe lub czy przeszedł/przeszła Pan(i) radioterapię?   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Nie wiadomo |
| 9.  | Czy ma Pan(i) zaburzenia krwawienia, zakrzepy krwi w wywiadzie lub przyjmuje Pan(i) leki rozrzedzające krew?  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie   | <input type="checkbox"/> Nie wiadomo |
| 10. | Czy otrzymał(a) Pan(i) wcześniej dawkę szczepionki przeciw COVID-19? <i>Jeśli tak, jaka to była szczepionka?</i><br><input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer  | <input type="checkbox"/> Nie | Data: _____<br>(jeśli dotyczy) |                                      |

### Pozwolenie na użycie w sytuacji wyjątkowej

FDA udostępniła szczepionkę przeciw COVID-19 na podstawie pozwolenia na użycie w sytuacji wyjątkowej (emergency use authorization, EUA). EUA stosuje się w przypadku, gdy istnieją okoliczności uzasadniające użycie leków i produktów biologicznych w sytuacji wyjątkowej, takiej jak pandemia COVID-19. Szczepionka ta nie została poddana takiej samej ocenie, jak produkty zatwierdzone lub dopuszczone przez FDA. Jednak decyzja FDA o udostępnieniu szczepionki opiera się na wszystkich dostępnych dowodach naukowych, które świadczą o tym, że znane i potencjalne korzyści wynikające z użycia szczepionki przeważają nad znanymi i potencjalnymi zagrożeniami.

### Zgoda

Przezytałem(-am) lub wyjaśniono mi arkusz z informacjami o szczepieniu przeciw COVID-19. Rozumiem, że jeśli moja szczepionka wymaga podania dwóch dawek, będę musiał(a) otrzymać dwie dawki szczepionki, aby była skuteczna. Miałem(-am) okazję zadawać pytania, na które udzielono mi satysfakcjonujących odpowiedzi (i zapewniłem(-am) możliwość zadawania pytań przez osobę wymienioną powyżej, w imieniu której jestem upoważniony(-a) do wyrażenia zgody zastępczej). Rozumiem opisane korzyści i zagrożenia związane ze szczepieniem.

Proszę o podanie mi szczepionki przeciw COVID-19 (lub osobie wymienionej powyżej, w imieniu której jestem upoważniony(-a) do złożenia tego wniosku i wyrażenia zastępczej zgody). Rozumiem, że nie muszę ponosić żadnych kosztów w związku ze szczepionką. Rozumiem, że wszystkie środki finansowe lub świadczenia za podanie szczepionki zostaną przydzielone i przekazane świadczeniodawcy wykonującemu szczepienie, w tym świadczenia/pieniądze z mojego planu ubezpieczenia zdrowotnego, Medicare lub od innych stron trzecich, które ponoszą odpowiedzialność finansową za moją opiekę medyczną. Upoważniam do ujawnienia wszystkich potrzebnych informacji (w tym między innymi dokumentacji medycznej, kopii roszczeń i szczegółowych rachunków) w celu weryfikacji płatności oraz w razie potrzeby do innych celów związanych ze zdrowiem publicznym, w tym zgłaszania do odpowiednich rejestrów szczepień.

Osoba szczepiona/zastępca/opiekun (podpis)  
osoba szczepiona

Data / Godzina

Imię i nazwisko  
drukowanymi literami

Powiązanie z pacjentem (jeśli  
inne niż osoba szczepiona)

Nr identyfikacyjny tłumacza telefonicznego  
**LUB**

Data / Godzina

Podpis: Tłumacz

Data / Godzina

Drukowanymi literami: Imię i nazwisko tłumacza  
oraz powiązanie z pacjentem

## Miejsce poniżej wypełnia osoba wykonująca szczepienie

Which vaccine is the patient receiving today?

| Vaccine Name     | Administration                       |                                      | EUA Fact Sheet Date | Manufacturer & Lot Number |
|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Pfizer/ BioNTech | <input type="checkbox"/> First Dose  | <input type="checkbox"/> Second Dose |                     |                           |
| Moderna          | <input type="checkbox"/> First Dose  | <input type="checkbox"/> Second Dose |                     |                           |
| Astra-Zeneca     | <input type="checkbox"/> First Dose  | <input type="checkbox"/> Second Dose |                     |                           |
| Janssen          | <input type="checkbox"/> Single Dose |                                      |                     |                           |

Administration Site       Left Deltoid       Right Deltoid       Left Thigh       Right Thigh

Dosage                       0.5 ml                       0.3 ml

I have provided the patient (and/or parent, guardian or surrogate, as applicable) with information about the vaccine and consent to vaccination was obtained.

Vaccinator Signature: \_\_\_\_\_

**\*Użycie tego formularza jest opcjonalne.**

**Zaktualizowano czwartek, 29 kwietnia 2021 roku**