

Wywiad przesiewowy przed szczepieniem niemowląt i dzieci starszych

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia :

Czas trwania ciąży (w tyg. Wg książeczki zdrowia dziecka).....

Pytanie	Odpowiedzi*		
1. Czy dziecko wydaje się dziś chore (nowe objawy, choroba przewlekła, stwierdzone wady wrodzone) ?	TAK	NIE	NIE WIEM
2. Czy wiadomo, że dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, szczepionki lub latex ?	TAK	NIE	NIE WIEM
3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka lub inna niepokojąca reakcja po szczepieniu ?	TAK	NIE	NIE WIEM
4. Czy u niemowlęcia kiedykolwiek lekarz rozpoznał wgłobienie jelita (zablokowanie, niedrożność) ?	TAK	NIE	NIE WIEM
5. Czy u dziecka występują lub występowały problemy z krzepnięciem krwi (mała liczba płytek krwi) ?	TAK	NIE	NIE WIEM
6. Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki ?	TAK	NIE	NIE WIEM
7. Czy u dziecka kiedykolwiek rozpoznano nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego) ? Czy u rodziców lub rodzeństwa dziecka rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub wystąpiły nagłe zgony z powodu ciężkich zakażeń ?	TAK	NIE	NIE WIEM
8. Czy dziecko w ciągu minionych 3 miesięcy leczono prednizonem lub innym kortykosteroidem (deksametazon, kortyzol, Encorton, Hydrokortyzon, Metypred itp.) lekami przeciw nowotworom złośliwym, poddawano radioterapii lub leczono z powodu młodzieńczego zapalenia stawów (lub innych chorób tkanki łącznej), nieswoistego zapalenia jeżeli lub łuszczycy? Czy dziecku przeszczepiono narząd lub szpik kostny ?	TAK	NIE	NIE WIEM
9. Czy mama dziecka otrzymywała w ciąży silne leki osłabiające odporność (takie jak infliksymab, adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, anakinra, tocylizumab) ? Czy mama otrzymywała lub otrzymuje takie leki w okresie karmienia piersią ?	TAK	NIE	NIE WIEM
10. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymywało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi) lub immunoglobinę ?	TAK	NIE	NIE WIEM

11. Czy dziecko aktualnie jest leczone lekiem przeciwwirusowym (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca) lub otrzymywało go w ciągu minionych 24 godzin ?	TAK	NIE	NIE WIEM
12. Czy dziecko choruje na astmę lub zapalenie oskrzeli/płuc ze świszczącym oddechem ?	TAK	NIE	NIE WIEM
13. Czy dziecko było kiedykolwiek leczone w szpitalu z powodu innej choroby niż wymienione wyżej ? Czy aktualnie przyjmuje jakieś leki inne niż wyżej wymienione ?	TAK	NIE	NIE WIEM
14. Czy dziewczyna lub nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca ?	TAK	NIE	NIE WIEM
15. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni ?	TAK	NIE	NIE WIEM

Formularz wypełniony przez

Data wypełnienia formularza

Stopień pokrewieństwa z dzieckiem (mama/tata/inny).....

Formularz sprawdzone przez

Data sprawdzenia formularz

*Odpowiedzi proszę zakreślić lub podkreślić. Do danego pytania wybieramy jedną odpowiedź.