

## Lista kwalifikacyjna do szczepienia — WZÓR

### 1. Dane pacjenta

- Imię i nazwisko: .....
- PESEL: .....
- Telefon kontaktowy: .....
- Adres zamieszkania: .....

### 2. Ankieta kwalifikacyjna (zaznaczyć właściwe: TAK / NIE)

Pytanie	TAK	NIE
Czy pacjent czuje się obecnie chory?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent ma gorączkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy występują objawy infekcji dróg oddechowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent ma alergie na leki lub szczepionki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy w przeszłości wystąpiła reakcja anafilaktyczna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent przyjmuje leki osłabiające odporność?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dodatkowe uwagi personelu medycznego:

.....  
 .....

### 3. Badanie lekarskie

Parametr	Wynik
Ciśnienie tętnicze	.....
Temperatura ciała	.....
Inne obserwacje lekarza	.....

### 4. Kwalifikacja do szczepienia

- Pacjent zakwalifikowany:  TAK /  NIE
- Data: .....
- Podpis i pieczęć lekarza: .....

### 5. Zgoda pacjenta

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celu, przebiegu i możliwych reakcjach po szczepieniu i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia.

- Data: .....
- Podpis pacjenta: .....