

NZOZ Poradnia Lekarzy Rodzinnych VITAPLUS Rościszewscy sp.j.
ul. Patrice Lumumby 3, 90-927 Łódź
REGON: 472353371, NIP: 7251790960
tel.: 42 678-18-08

ANKIETA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ NA SZCZEPIENIE PRZECIW COVID-19

DANE OSOBOWE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO PESEL

ADRES POBYTU

TELEFON KONTAKTOWY E-MAIL

Wyrażam zgodę na kontakt w sprawach związanych ze szczepieniem drogą telefoniczną lub e-mailową.

Czy miał/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 30 dni kontakt z osobą, u której potwierdzono COVID-19?	<u>Zaznacz kółkiem</u> TAK / NIE
Jeżeli tak – kiedy i z kim?	
Czy w ostatnich 24 godzinach występowały następujące objawy:	
Temperatura ciała powyżej 37,5°C	TAK / NIE
Kaszel	TAK / NIE

Zaznacz [x] w kratce jeżeli chorujesz na wskazaną chorobę:

cukrzyca niewydolność serca nadciśnienie
hemofilia choroba nowotworowa astma
AIDS choroby reumatyczne

Zaznacz [x] w kratce jeżeli przyjmujesz wskazane leki:

Leki przeciwkrzepliwe
(np. Xarelto, Pradaxa, Acenokumarol, Sintrom, Warfarin, Eliquis, Clexane, Fraxiparine, Neoparin)

Leki immunosupresyjne jeżeli TAK to w jakiej dawce
(np. Metotreksat, Equoral)

Glikokortykosteroidy (sterydy) jeżeli TAK to w jakiej dawce
(np. Encorton, Encortolon, Metypred, Demezozon, Dexamethazone)

Chemioterapia lub radioterapia w ciągu ostatnich 4 tygodni

Data i Podpis Pacjenta

**OŚWIADCZENIE I ZGODA NA WYKONANIE
SZCZEPIENIA OCHRONNEGO PRZECIW SARS-COV-2**

Zostałem pozytywnie zakwalifikowany do wykonania szczepienia przez lekarza. W trakcie badania podałem wszystkie informacje o moim stanie zdrowia, chorobach, uczuleniach, przyjmowanych lekach, skutkach ubocznych i powikłaniach po szczepieniach w przeszłości.

Zapoznałem się z ewentualnymi objawami niepożądanymi poszczepiennymi po podaniu leku.

Zostałem poinformowany o konieczności pozostania na terenie punktu szczepień 15 minut po wykonanym szczepieniu.

Miałem możliwość zadawania pytań dotyczących szczepienia i uzyskałem satysfakcjonujące odpowiedzi.

Wyrażam zgodę na szczepienie szczepionką przeciw wirusowi SARS-CoV-2 (przeciw COVID-19) w NZOZ Poradnia Lekarzy Rodziny VITAPLUS.

Data i Podpis Pacjenta

Wypełnia pielęgniarka:

Ciepłota ciała pacjentast. C