

Imię i nazwisko pacjenta/ 환자의 이름과 성(영문):

PESEL lub seria i nr paszportu / PESEL 번호나 여권 번호:

Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

성인용 COVID-19 백신 접종 전 선별을 위한 질문서

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą u lekarza. Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować, czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane przez lekarza w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego realizującego szczepienie.

본 설문지를 의사를 방문하기 전에 작성하셔야 합니다. 귀하의 답변을 따라 의사는 오늘 접종 가능한지 여부 결정을 하겠습니다. 귀하의 답변은 접종 여부 결정 과정에서 담당 의사가 참고하게 됩니다. 의사는 귀하에게 추가 질문을 할 수 있습니다. 아래의 질문에 대한 확실한 답변을 할 수 없는 경우에는 예방 접종을 담당하는 의료 전문가에게 자세한 문의를 하시기 바랍니다. 지난 4 주 동안 SARS-CoV-2 에 대해 유전자 검사 또는 항원 검사를 통해 양성 확인을 받으신 적이 있습니까?

Lp. / 번호	Pytania wstępne 기초 질문	Tak / 네	Nie / 아니오
1.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2? 지난 4 주 동안 SARS-CoV-2 에 대해 유전자 검사 또는 항원 검사를 통해 양성 확인을 받으신 적이 있습니까?		
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt. 3-5)? 지난 14 일 동안 SARS-CoV-2 유전자 검사 또는 항원 검사에서 양성 반응을 보인 사람과 밀접한 접촉을 했거나 이 기간 동안 COVID-19 증상이 있는 사람과 같은 주택에서 살았습니까 (증상은 질문 3-5 에 나열 됨)?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? 지난 14 일 동안 체온이 상승하거나 발열이 있으신 적이 있습니까?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? 지난 14 일 동안 인지된 만성 질환으로 인해 지속적인 기침이 증가한 적이나 이유 없이 갑작스런 기침을 한 적이 있습니까?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku? 지난 14 일 동안 후각 또는 미각 상실을 경험한 적이 있습니까?		
6.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)? 지난 14 일 동안 (코로나 19 고위험지역인) 해외국가를 여행하신 다음에 폴란드에 오셨습니까?		
7.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni? 지난 14 일 동안 다른 백신을 접종하신 적이 있습니까?		

8.	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty)? 오늘은 감기와 같은 증상으로 아프시거나, 설사 또는 구토 같은 증상이 있습니까?		
----	---	--	--

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest pozytywna, szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wtedy, gdy wszystkie odpowiedzi na ww. pytania będą negatywne. W razie wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem realizującym szczepienia.

위의 질문에 대해 한가지라도 '네'라고 체크하신 경우에는 COVID-19 예방 접종을 연기해야 합니다. 위에 언급된 모든 질문에 '아니오'라고 체크하신 경우에만 예방 접종이 가능합니다. 궁금하신 사항이 있는 경우에는 담당 의사에게 문의하십시오.

Lp. 번호	Pytania dotyczące stanu zdrowia / 건강 상태 설문조사	Tak / 네 ^a	Nie / 아니오	Nie wiem / 모름 ^a
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrenie) choroby przewlekłej? 오늘 몸상태가 안 좋으시거나 만성 질환이 악화된 것을 느끼십니까?			
2.	Czy w przeszłości lekarz rozpoznał u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po po daniu jakiegoś leku lub pokarmu, albo po ukąszeniu owada? 과거에 의사가 귀하에게 약이나 음식을 먹은 후 또는 벌레 물린 후 중증의 일반화된 알레르기 반응 (아나필락시스 쇼크)을 진단한 적이 있습니까?			
3.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu? 예방 접종 후 심각한 부작용을 경험하신 적이 있습니까?			
4.	Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje? 과거에 의사가 귀하는 폴리에틸렌 글리콜 (PEG) 또는 기타 물질에 대한 알레르기 반응을 확인한 적이 있습니까?			
5.	Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)? 면역력을 현저하게 저하시키는 질병(암, 백혈병, AIDS 또는 기타 면역계 질환)을 앓고 계십니까?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające odporność (immunosupresyjne), np. kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy? 면역억제제 (e.g. 코르티손, 프레드니손 또는 다른 코르티코 스테로이드인 약 (덱사메타손, 엔코르톨론, 엔코르톤, 하이드로 코르티손, 메드롤, 메티프레드 등)), 항암제 (세포 억제 약물), 장기 이식 후 사용되는 약물을 사용하거나, 방사선 요법 (방사선 조사)의 치료를 받고 계십니까? 또는 관절염, 염증성 창자염 질환(예: 크론병) 또는 건선 치료를 받고 계시는 중입니까?			

7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pani/Pan leki przeciwkrzepli we? 혈우병이나 기타 심각한 출혈 장애가 있습니까? 항응고제를 복용하고 계십니까?			
8.	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży? (여성만 해당됨) 임신중이십니까?			
9.	(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią? (여성만 해당됨) 아이에게 모유 수유를 하십니까?			
10.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Czy którekolwiek z pytań było niejasne? 위 질문에 대해 의문이 있습니까? 명확하지 않은 질문이 있습니까?			

^aOdpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza. 위의 설문조사 질문에 „예” 또는 „모름”이라고 체크하신 경우에는 담당 의사의 추가 설명이 필요하겠습니다.

Formularz wypełniony przez / 작성자: Data / 날짜:

Formularz sprawdzony przez / 검토자: Data / 날짜:

Oświadczenie / 확인서

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. 본인은 COVID-19 예방 접종에 자발적으로 동의 함을 확인합니다.

Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam /zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

본인은이 예방 접종에 관한 정보를 받았으며 이해했음을 확인합니다. 또한 내가 요청한 모든 질문에 대한 답변을 받았으며 내게 주어진 답변을 이해했습니다.

.....

Data i podpis / 날짜, 본인 서명

¹ Więcej informacji na temat składu szczepionki można znaleźć w Ulotce dla pacjenta, dostępnej na stronie urpl.gov.pl. Ulotkę udostępnia personel realizujący szczepienia. 백신의 구성 (재료)에 대한 자세한 정보는 urpl.gov.pl 에 있는 전단지에서 찾을 수 있습니다. 본 전단지는 예방 접종 치료 전문가에게서 받을 수 있습니다.