

KARTA SZCZEPIEŃ

Imię, nazwisko pacjenta.....

Pesel....., data.....

1/ Czy w uprzednich szczepieniach wystąpiły u Pana/Pani działania niepożądane (np. wymioty, zawroty głowy, wysypka skórna)?

TAK NIE

2/ Czy jest Pan/Pani uczulony/a na białko jajka kurzego, białko drożdży lub na jeden ze składników szczepionki (tiomersal, formaldehyd, neomycynę)?

TAK NIE

3/ Czy był Pan/Pani szczepiony w ciągu ostatnich 6 tygodni?

TAK NIE

4/ Czy choruje Pan/Pani obecnie na infekcję przebiegającą z gorączką powyżej 38 ° C?

TAK NIE

5/ Czy w okresie ostatnich dwóch tygodni przyjmował/a Pan/Pani antybiotyki?

TAK NIE

6/ Czy znajduje się Pan/Pani obecnie w fazie zaostrzenia choroby przewlekłej?

TAK NIE

7/ Czy choruje Pan/Pani na anemię sierpowatą, hemofilię, gruźlicę?

TAK NIE

8/ Czy jest Pani w ciąży?

TAK NIE

(W przypadku odczulania alergologicznego należy zachować okres 2 tygodniowej przerwy od otrzymania ostatniej dawki immunoterapii).

Zostałem/zostałam zapoznany/zapoznana z możliwością wystąpienia powikłań wczesnych i późnych po szczepieniu oraz sposobem postępowania w razie ich wystąpienia. Otrzymałem (łam) również zadawalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem (łam) udzielone mi odpowiedzi. Jednocześnie proszę o wykonanie szczepienia

przeciwno.....,szczepionką.....

Data i podpis pacjenta:

Pacjenta zakwalifikowano do szczepienia;

Podpis i pieczęć lekarza:

Nazwa szczepionki:.....

Nr serii szczepionki:.....

Data szczepienia:

--

Podpis i pieczęć pielęgniarki wykonującej szczepienie.....