

Wywiad przesiewowy przed szczepieniem niemowląt i dzieci starszych – lista pytań^{a,b}

Imię i nazwisko dziecka: Data urodzenia:

Czas trwania ciąży (w tyg. wg książeczki zdrowia dziecka):

| PYTANIE PRZESIEWOWE | NIE | TAK | NIE WIEM |
|---|-----|-----|----------|
| 1. Czy dziecko wydaje się dziś chore (<i>nowe objawy, choroba przewlekła, stwierdzone wady wrodzone</i>)? | | | |
| 2. Czy wiadomo, że dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks? | | | |
| 3. Czy u dziecka wystąpiła kiedykolwiek ciężka lub inna niepokojąca reakcja po szczepieniu? | | | |
| 4. Czy u niemowlęcia kiedykolwiek lekarz rozpoznał wglobienie jelita (<i>zablokowanie, niedrożność</i>)? | | | |
| 5. Czy u dziecka występują lub występowały problemy z krzepnięciem krwi (<i>mała liczba płytek krwi</i>)? | | | |
| 6. Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki? Czy u dziecka występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (<i>np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe</i>)? | | | |
| 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? | | | |
| 8. Czy dziecko w ciągu minionych 3 mies. leczono prednizonem lub innym kortykosteroidem (<i>deksametazonem, kortyzonem, Encortolonem, Encortonem, hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.</i>), lekami przeciw nowotworom złośliwym, poddawano radioterapii (<i>napromienianiu</i>) lub leczono z powodu młodzieńczego zapalenia stawów (lub innych chorób tkanki łącznej), nieswoistego zapalenia jelita (<i>choroba Crohna</i>) lub łuszczycy? Czy dziecku przeszczepiono narząd lub szpik kostny? | | | |
| 9. Czy mama niemowlęcia otrzymywała w ciąży silne leki osłabiające odporność (<i>takie jak: infliksymab, adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, anakinra, tocylizumab, rytuksymab</i>)? Czy mama otrzymywała/otrzymuje takie leki w okresie karmienia piersią? | | | |
| 10. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (<i>np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi</i>) lub immunoglobulinę (<i>gammaglobulinę</i>)? | | | |
| 11. Czy dziecko aktualnie jest leczone lekiem przeciwwirusowym (<i>z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca</i>) lub otrzymało go w ciągu minionych 24 godzin? | | | |
| 12. Czy dziecko choruje na astmę lub zapalenie oskrzeli/płuc ze „świszczącym oddechem”? | | | |
| 13. Czy dziecko było kiedykolwiek leczone w szpitalu z powodu innej choroby niż wymienione wyżej? Czy aktualnie przyjmuje jakieś leki inne niż wyżej wymienione? | | | |
| 14. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca? | | | |
| 15. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni? | | | |

^a przedrukowano z: „Zasady kwalifikacji do szczepienia dzieci i młodzieży. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Wakcynologii”, Med. Prakt. Szczep. Wyd. Specjal. 1/2020

^b odpowiedź NIE na wszystkie pytania wskazuje na brak przeciwwskazań do szczepienia; odpowiedź TAK lub NIE WIEM przynajmniej na 1 pytanie wskazuje na konieczność pogłębienia wywiadu przed podjęciem decyzji o kwalifikacji do szczepienia

Formularz wypełniony przez: Data:

Stopień pokrewieństwa z dzieckiem: mama / tata / inny (proszę wpisać jaki)

Formularz sprawdzony przez: Data: