



Отборочная анкета для проведения вакцинации детского и подросткового населения

Имя пациента: _____ Дата рождения: _____ Возраст: _____

Для родителей/опекунов: Приведенные ниже вопросы помогут нам определить, какие вакцины вам ребенок может получить сегодня.

	Да	Нет	Не знаю
1. Болеет ли сегодня ребенок?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Есть ли у ребенка аллергия на лекарства, пищевая аллергия (например, на яйца) аллергия на компоненты вакцины или на латекс?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Развивалась ли у ребенка когда-нибудь серьезная реакция на полученную вакцину?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ребенок, который будет вакцинирован, младше 2 лет?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Есть ли у ребенка хронические проблемы со здоровьем: болезни сердца, болезни легких, астма, болезни почек, неврологические или нервно-мышечные заболевания, нарушения метаболизма (например, диабет), анемия или иные заболевания крови?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Если ребенку, который будет вакцинирован, от 2 до 4 лет, сообщал ли вам в течение последнего года врач о наличии у ребенка бронхо-лёгочной обструкции или астмы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Если ребенок грудной, сообщали ли ли вам когда-либо, что тот страдает от кишечной непроходимости?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Страдает ли ребенок, его брат или сестра, а также его родители от эпилептических припадков; страдает ли ребенок от острого полирадикулоневрита или других заболеваний мозга и нервной системы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Есть ли у ребенка рак, лейкемия, СПИД или другие заболевания иммунной системы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Принимал ли ребенок в течение последних трех месяцев препараты, ослабляющие иммунитет, такие как кортизон, преднизон, прочие стероидные препараты, противоопухолевые препараты или проходил ли ребенок лучевую терапию?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Проводились ли ребенку в течение последнего года переливания крови или препаратов крови, получал ли ребенок иммуноглобулин (гаммаглобулин) или иные противовирусные препараты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Живет ли человек, который будет вакцинирован, или может ли он вступить в тесный контакт с кем-то, кто нуждается в пребывании в карантине из-за крайней слабости иммунной системы (например, после пересадки костного мозга)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Беременный ли ребенок в данный момент, или есть ли у ребенка возможность забеременеть в следующем месяце?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Получал ли ребенок какие-либо вакцины в течение последних 4 недель?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Проходит ли ребенок, который будет вакцинирован, аспирин-содержащую терапию?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Согласие: Я понимаю преимущества и риски прохождения вакцинации сегодня. Я прошу вакцинировать меня или указанное выше лицо, за которое я имею право соглашаться на проведение вакцинации.

Подпись: _____ Дата: _____

Кем приходится пациенту

Анкета проверена: _____ Дата: _____

Сделанные сегодня прививки _____