

**Miejsce na oznaczenie placówki medycznej**  
(Please indicate the medical facility)

Imię i nazwisko pacjenta: .....  
(Patient's first and last name)

PESEL lub seria i nr paszportu: .....  
(PESEL (personal identification number) or passport series and number)

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

(An initial screening interview questionnaire for COVID-19 vaccination in an adult)

**Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.**

(The questionnaire is to be filled out before a visit to a vaccination centre.)

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie.

(The answers to the questions below will enable the personnel who verify the vaccination eligibility to determine whether you can receive a COVID-19 vaccine today or not. Your answers will be used during the vaccination eligibility procedure. The person verifying your vaccination eligibility may ask you additional questions. If you have any doubts, please ask the healthcare professional who verifies your vaccination eligibility or the vaccinator.)

Lp./ No.	Pytania wstępne / Initial questions	Tak/ Yes	Nie/ No
1.	Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2? / Have you had a positive genetic or antigen test result for SARS-CoV-2 in the past 3 months?		
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)? / Have you had a close contact with a person with a positive genetic or antigen SARS-CoV-2 test result in the past 14 days or do you live in the same household with such a person or with a person who has COVID-19 symptoms (listed in questions 3–5) in the past 14 days?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? / Have you had increased body temperature or a fever in the past 14 days?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? / Have you had a new continuous cough or have your chronic cough in the course of a diagnosed chronic disease intensified in the past 14 days?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku? / Have you lost your sense of smell or taste in the past 14 days?		
6.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni? / Have you received any vaccine in the past 14 days?		
7.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty? / Are your feeling ill, suffering from diarrhoea or vomiting today?		

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień. / If the answer to any of the questions above is YES (positive), the COVID-19 vaccination should be postponed. To receive the vaccine, all the answers to the questions should be NO (negative). In case of any doubts, please contact your vaccination centre.

**Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19**  
(An interview questionnaire for COVID-19 vaccination in an adult)

No.	Pytania dotyczące stanu zdrowia / Health status questions	Tak/ Yes <sup>a</sup>	Nie/ No	Nie wiem/ Don't know <sup>a</sup>
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: .....°C) / Are you feeling ill today? (the temperature taken at the vaccination centre.....°C)			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka? / Have you ever had a severe adverse reaction to a vaccination (including the first COVID-19 vaccine dose)? If yes, what was the reaction? .....			
3.	Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbata lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki <sup>1</sup> ? / Have you ever been diagnosed to be allergic to polyethylene glycol (PEG), polysorbate or any other components of the vaccine <sup>1</sup> ?			
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? / Have you been diagnosed with a severe systemic allergic reaction (anaphylaxis) to a medication, food or insect bite?			
5.	Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej? / Are you currently suffering from an intensification of a chronic disease?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostaticzne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczyca? / Do you receive drugs that weaken the immune system (immunosuppressive drugs, oral corticosteroids – e.g. prednisone, dexamethasone), cancer therapies (cytostatic drugs), post-transplant drugs, radiotherapy (radiation) or biological treatments for arthritis, non-specific bowels inflammation (e.g. Crohn's disease) or psoriasis?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? / Do you suffer from haemophilia or other major coagulation disorders?			
8.	Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? / Have you been diagnosed with heparin-induced thrombocytopenia (HIT) or cerebral vein thrombosis?			
9.	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży? / (female only) Are you pregnant?			
10.	(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią? / (female only) Are you breastfeeding?			

<sup>1</sup> Więcej informacji na temat składu szczepionek przeciwko COVID-19 można znaleźć w Ulotce dla pacjenta dostępnej na stronie Szczepimy się pod adresem: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. Ulotkę udostępni również personel realizujący szczepienia. / More information about the COVID-19 vaccine components has been provided in the patient leaflet available at the following Szczepimy się website address: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. The leaflet is also made available by the personnel performing the vaccination.

<sup>a</sup> Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia. / If you answer YES or DON'T KNOW to any of the questions, the personnel who verify your vaccination eligibility will need to obtain additional information

Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2–8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza. / If you answer YES to any of 2–8 questions about your health status, your vaccination eligibility procedure will be performed by a doctor.

Formularz przygotowany na podstawie Kwestionariusza Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i Ministerstwa Zdrowia  
(The form was prepared on the basis of the Questionnaire of the Chancellery of the Prime Minister and the Ministry of Health of Poland)

Pytania w miejscu szczepienia / Questions at the vaccination station		Tak/Yes	Nie/No
1.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? / Have you got any doubts relating to the questions you were asked?		
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania? / Have you received all the answers to the questions you asked?		

Czytelny podpis osoby szczepionej: ..... Data: ...../godz. ....  
A legible signature of a person receiving the vaccine Date time

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień:.....  
Additional interview information at the vaccination station

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:  
Found eligible/not eligible for the vaccination (underline the correct answer) by

..... Date: ...../time .....  
(czytelny podpis osoby kwalifikującej / Legible signature of a person verifying vaccination eligibility) (Date) (time)

### Oświadczenie (Statement of consent)

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. 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.  
(I hereby give my free and voluntary consent to receiving the COVID-19 vaccine. I confirm I have received and understood the vaccination information provided to me. I have received and understood the answers to all the questions I asked.)

.....  
Data i czytelny podpis  
(Date and legible signature)