

Ankieta kwalifikacyjna do szczepień NZOZ ADMEDICA

Imię i nazwisko (dziecka, osoby szczepionej)		
Pesel		
1. Czy dziecko jest aktualnie chore?	TAK	NIE
2. Czy dziecko w ciągu ostatnich 14 dni miało objawy infekcji (katar, kaszel, biegunka, wymioty, temp > 38 st. Celsjusza)?	TAK	NIE
3. Czy rodzic/opiekun lub inni domownicy aktualnie mają objawy ostrej infekcji?	TAK	NIE
4. Czy dziecko lub ktoś z domowników mieli w ciągu ostatnich 14 dni kontakt z:		
- osobą zakażoną SARS-Cov-2.	TAK	NIE
- osobą chorą na COVID-19	TAK	NIE
5. Czy w domu jest osoba przebywająca :		
- na kwarantannie	TAK	NIE
- poddana izolacji w warunkach domowych	TAK	NIE
- w nadzorze epidemiologicznym	TAK	NIE
6. Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko korzystało z pomocy medycznej w innych placówkach (por. specjalistyczne, stomatolog, laboratorium, rtg, kontakt z ratownictwem medycznym, pobyt w szpitalu, sor)?	TAK	NIE
DATA	Podpis rodzica/opiekuna prawnego	