

**Space for the designation of medical provider**

**Miejsce na oznaczenie placówki medycznej**

Patient's full name / Imię i nazwisko osoby szczepionej: .....

PESEL or passport series and number / PESEL lub seria i nr paszportu: .....

Statutory representative's full name / Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: .....

PESEL or passport series and number / PESEL lub seria i nr paszportu: .....

**COVID-19 pre-vaccination screening form for minors**

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

**(to be completed before visiting the vaccination site)**

**(kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień)**

The following questions will help the screening staff to determine whether the patient is eligible to be vaccinated against COVID-19 today. The answers will be used in making the decision whether they are eligible for vaccination. The screening staff may ask additional questions. If you have any doubts, please ask the screening staff or vaccinator for clarification. **Patients under the age of 15 are screened by medical practitioners.**

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować, czy można u osoby kwalifikowanej do szczepienia 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. **Kwalifikację do szczepienia osób do 15 lat prowadzi lekarz.**

| No. Lp. | Pre-screening questions / Pytania wstępne   | Yes/Tak | No/Nie |
|---------|---|---------|--------|
| 1.      | Has the patient taken a genetic or antigen test for SARS-CoV-2 and tested positive in the last 30 days? / Czy w ciągu ostatnich 30 dni osoba poddawana szczepieniu miała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?  |         |        |
| 2.      | Has the patient had close contact or been living with someone who took a genetic or antigen test for SARS-CoV-2 and tested positive in the last 14 days, or has the patient been living with a person experiencing COVID-19 symptoms (listed under Questions 3-5) within that period? / Czy w ciągu ostatnich 14 dni osoba poddawana szczepieniu miała 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)? |         |        |
| 3.      | Has the patient experienced higher body temperature or a fever in the last 14 days? / Czy w ciągu ostatnich 14 dni osoba poddawana szczepieniu miała podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?  |         |        |
| 4.      | Has the patient been experiencing a new continuous, cough or a worsening chronic cough due to a diagnosed chronic condition in the last 14 days? / Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu występował nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?  |         |        |
| 5.      | Has the patient lost their sense of smell or taste in the last 14 days? / Czy w ciągu ostatnich 14 dni u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła utrata węchu lub odczucia smaku?  |         |        |

| No.<br>Lp. | Pre-screening questions / Pytania wstępne   | Yes/Tak | No/Nie |
|------------|---|---------|--------|
| 6.         | Is the patient experiencing a cold, diarrhoea or vomiting? / Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj przeziębiona lub ma biegunkę, wymioty? |         |        |

If you answered YES (affirmative) to any of these questions, the patient's COVID-19 vaccination should be delayed. Please come back for the vaccination appointment only when you can answer NO (negative) to all questions. If you have any doubts, please contact the vaccination site.

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.

### COVID-19 pre-vaccination medical history form for minors

#### Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby małoletniej przeciw COVID-19

| No.<br>Lp. | Health questions / Pytania dotyczące stanu zdrowia  | Yes/<br>Tak <sup>a</sup> | No/<br>Nie | Don't<br>know/<br>Nie<br>wiem <sup>a</sup> |
|------------|---|--------------------------|------------|--|
| 1.         | Is the patient feeling unwell today? (body temperature at vaccination site: .....°C) / Czy osoba poddawana szczepieniu czuje się dzisiaj chora? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: .....°C)  |                          |            |  |
| 2.         | Has the patient ever experienced a serious adverse reaction following vaccination (including following the first dose of a COVID-19 vaccine)? If so, what was the reaction?<br>..... /<br>Czy u osoby poddawanej szczepieniu wystąpiła kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?<br>..... |                          |            |  |
| 3.         | Has the patient been diagnosed as allergic to polyethylene glycol (PEG), polysorbate, or other vaccine components <sup>1</sup> ? / Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbát lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki?   |                          |            |  |
| 4.         | Has the patient been diagnosed with a severe generalised allergic reaction (anaphylactic shock) after drug intake, food consumption, or insect bite? / Czy w przeszłości u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?   |                          |            |  |
| 5.         | Is the patient experiencing an exacerbated chronic condition? / Czy u osoby poddawanej szczepieniu występuje zaostrzenie choroby przewlekłej?   |                          |            |  |

<sup>1</sup>For more information on COVID-19 vaccine components, please consult the patient leaflet available at the "Szczepimy się" website, <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. You can also get the leaflet from your vaccinator. / 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 udostępnia również personel realizujący szczepienia.

| No. Lp. | Health questions / Pytania dotyczące stanu zdrowia   | Yes/ Tak <sup>a</sup> | No/ Nie | Don't know/ Nie wiem <sup>a</sup> |
|---------|--|-----------------------|---------|-----------------------------------|
| 6.      | Is the patient taking medication that weakens their immune system (immunosuppressants, oral corticosteroids, e.g. prednisone or dexamethasone), (cytostatic) drugs for malignant tumours or post-transplant medication, or is the patient undergoing radiation therapy or biological therapy for arthritis, inflammatory bowel disease (such as Crohn's disease) or psoriasis? / Czy osoba poddawana szczepieniu otrzymuje leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy? |                       |         |                                   |
| 7.      | Does the patient suffer from haemophilia or other serious blood clotting disorder? / Czy osoba poddawana szczepieniu choruje na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?   |                       |         |                                   |
| 8.      | Has the patient been diagnosed with heparin-induced thrombocytopenia (HIT) or cerebral venous sinus thrombosis? / Czy u osoby poddawanej szczepieniu rozpoznano małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych?   |                       |         |                                   |
| 9.      | (For women only) Is the patient pregnant? / (tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu jest w ciąży?  |                       |         |                                   |
| 10.     | (For women only) Is the patient breastfeeding? / (tylko dla Pań) Czy osoba poddawana szczepieniu karmi dziecko piersią?  |                       |         |                                   |

a) If you answered YES or DON'T KNOW to any of the questions, screening staff will have to ask you for additional clarification. If you answered YES to any of the health questions 2-8, this indicates that the patient should be screened by a medical practitioner. **Patients under the age of 15 are screened by medical practitioners.** / Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia. Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza. **Kwalifikację do szczepienia osób w wieku do 15 lat prowadzi lekarz.**

| Questions at the vaccination site / Pytania w miejscu szczepienia |  | Yes/Tak | No/Nie |
|---|--|---------|--------|
| 1.  | Do you have any doubts concerning the questions asked? / Czy są wątpliwości do zadanych pytań? |         |        |
| 2.  | Have you received answers to your questions? / Czy uzyskano odpowiedzi na zadane pytania?      |         |        |

Deemed eligible for vaccination / not eligible for vaccination (underline as appropriate) by/ Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (właściwe podkreślić) przez:

..... Date/Data: ..... / Time/godz.: .....  
(legible signature of screening staff)  
(czytelny podpis osoby kwalifikującej)

**\*Consent**

I voluntarily give my consent to be vaccinated against COVID-19. I confirm that I have received and understood information about this vaccination. I have also received and understood answers to all questions I asked.

**\*Oświadczenie**

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.

.....  
Date and legible signature / Data i czytelny podpis  
**(\*signature required if the patient is above 16 years old)**  
**(\*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 lat)**

**Consent of the statutory representative**  
**Zgoda przedstawiciela ustawowego**

I/Ja, ..... PESEL number/PESEL: .....,  
(statutory representative's full name and PESEL number/imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego)

holder of / legitymujący/a się ....., series/seria: ....., number/nr:  
(type of identity document/ nazwa dokumentu tożsamości)

declare that I am a statutory representative of / oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

.....born on /data ur....., PESEL number/PESEL: :.....  
(minor's full name, date of birth, and PESEL number) (imię i nazwisko/data urodzenia/PESEL osoby małoletniej)

and give consent for them to be vaccinated against COVID-19 on / i wyrażam zgodę na szczepienie przeciw COVID-19  
w dniu: .....,

.....  
Date and legible signature / Data i czytelny podpis  
(signature of the statutory representative)  
(podpis przedstawiciela ustawowego)