

## FORMULARZ OCENY RYZYKA SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

Imię i nazwisko pacjenta.....PESEL..... WIEK.....

Adres zamieszkania/zameldowania/pobytu.....

CZYNNIKI RYZYKA PRZED SZCZEPIENIEM		
1.	Aktualny stan zdrowia – odchylenia od stanu prawidłowego /jeśli tak, to jakie/	TAK/NIE
2.	Wystąpienie w przeszłości ciężkiej reakcji poszczepiennej lub w najbliższej rodzinie /jeśli tak, to jakie/	TAK/NIE
3.	Wystąpienie w przeszłości drgawek lub innych objawów ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, niedowład, upośledzenie umysłowe) /jeśli tak, to jakie/	
4.	Ostre choroby przebyte w ciągu ostatnich 3 miesięcy /jeśli tak, to kiedy, jakie leki/	TAK/NIE
5.	Hospitalizacja w ciągu ostatnich 6 miesięcy /jeśli tak, to kiedy, jakie leki/	TAK/NIE
6.	Otrzymane szczepienia w ciągu ostatnich 4 tygodni /jeśli tak, to kiedy, jakie szczepionki/	TAK/NIE
7.	Aktualna radioterapia/chemioterapia/sterydoterapia/inna immunosupresja	TAK/NIE
8.	Choroby przewlekłe, w tym zaburzenia odporności /jeśli tak, to jakie, stosowane leki/	TAK/NIE
9.	Uczulenia /jeśli tak, to jakie, stosowane leki/	TAK/NIE
10.	Przyjmowane leki, w tym preparaty krwi lub krwiopochodne /jeśli tak, to jakie, od kiedy, dawki/	TAK/NIE
11.	Zaburzenia odżywiania (otyłość/niedożywienie)	TAK/NIE
12.	Alkoholizm, nadużywanie innych substancji	TAK/NIE
13.	Zaniedbania higieniczne/pielęgnacyjne	TAK/NIE
14.	Ciąża lub możliwość zajścia w ciążę w ciągu najbliższych 3 miesięcy	TAK/NIE
15.	Inne (wymienić jakie)	
<b>WNIOSEK: istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego</b>		<b>TAK/NIE</b>
Jeśli tak, to jakie podjęto działania w celu redukcji ryzyka związanego ze szczepieniem (wymienić)		

DATA BADANIA.....PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA.....