

Анкета скринінгу перед вакцинацією для [ ] (немовляти/школяра)

		Температура тіла перед співбесе́дою		Градуси	
Адреса					
Ім'я дитини		Ч	Дата	Вік ( / р. / міс.) (д/м/р)	
Прізвище батьків/опікуна		Ж	народження		

Анкета перед вакцинацією	Відповідь		Коментар лікаря
Чи ви прочитали документ (надісланий раніше муніципальним управлінням) з роз'ясненням щодо вакцинації, яку буде зроблено сьогодні?	Так	Ні	
Дайте відповідь на наведені нижче запитання щодо дитини. Вага при народженні ( ) г Чи спостерігалися в дитини якісь відхилення під час пологів? Чи були виявлені якісь відхилення після народження? Чи були виявлені якісь відхилення під час медичного огляду немовляти?	Так	Ні	
Чи хворіє дитина сьогодні? Якщо так, опишіть природу захворювання. ( )	Так	Ні	
Чи хворіла дитина протягом останнього місяця? Назва захворювання ( )	Так	Ні	
Чи хворів хтось із родичів або друзів дитини на кір, краснуху, вітряну віспу чи епідемічний паротит протягом останнього місяця? Назва захворювання ( )	Так	Ні	
Чи хворіла дитина на туберкульоз (включно із членами сім'ї)?	Так	Ні	
Чи було дитину вакциновано протягом останнього місяця? Назва вакцини ( )	Так	Ні	
Чи є в дитини вроджена аномалія, захворювання серця, нирок, печінки, центральної нервової системи, імунodefіцит або інші захворювання, щодо яких ви звернулися до лікаря? Назва захворювання ( )	Так	Ні	
У відповідних випадках чи дав згоду на сьогоднішнє щеплення лікар, який лікує вищезазначене захворювання?	Так	Ні	
Чи виникали в дитини судоми (спазм або припадок) у минулому? Якщо так, то в якому віці це відбулося? ( )	Так	Ні	
Якщо ви ствердно відповіли на попереднє запитання, чи підвищувалася в дитини в той час температура?	Так	Ні	
Чи був у дитини висип або кропив'янка як реакція на ліки або їжу, чи хворіла вона після вживання певних продуктів або прийому певних ліків?	Так	Ні	
Чи є в дитини член сім'ї або родич зі вродженим імунodefіцитом?	Так	Ні	
Чи спостерігалася в дитини серйозна реакція на щеплення в минулому? Назва вакцини ( )	Так	Ні	
Чи спостерігалася в когось із членів родини або родича дитини серйозна реакція на щеплення в минулому?	Так	Ні	
Чи робили дитині протягом останніх 6 місяців переливання крові або продуктів крові та чи отримувала вона ліки під назвою гамма-глобулін?	Так	Ні	
Чи у вас є запитання щодо сьогоднішньої вакцинації?	Так	Ні	
Коментар лікаря З огляду на вказані вище відповіді та результати співбесе́ди мною було прийнято рішення, що дитині (можна / не можна) робити щеплення сьогодні. Батькам/опікунові роз'яснено інформацію щодо переваг і побічних дій вакцинації, а також надано відомості про підтримку людей, які потерпають від побічних дій, пов'язаних із вакцинацією. Підпис або ім'я та печатка лікаря:			

Ця анкета для скринінгу використовується для підвищення безпеки вакцинації. Лікар провів бесіду з дитиною і роз'яснив мені інформацію про переваги, цілі та ризики (зокрема, серйозні побічні ефекти) вакцинації, а також характер допомоги, яка надається в разі виникнення небажаних явищ. Я вважаю, що розумію цю інформацію.  
Я (даю / не даю)\* згоду на вакцинацію дитини. \* Обведіть свій вибір.  
Я розумію вищезазначене та погоджуюся з поданням цієї анкети до міського управління.  
Підпис батьків/опікуна:

Назва вакцини	Дозування	Установа / ім'я лікаря / дата введення
Назва вакцини Номер партії [Застереження] Переконайтеся, що термін придатності вакцини дійсний.	* Метод щеплення  мл	Установа: Ім'я лікаря: Дата введення: / / (д.м.р.)

Примітка) Гамма-глобулін — це препарат крові, який вводять для запобігання інфекціям, як-от гепатит типу А, а також для лікування тяжких інфекцій. Певні вакцини (наприклад, вакцина проти кору) іноді менш ефективні для людей, які отримували цей продукт протягом попередніх 3–6 місяців.

\* У разі вакцинації БЦЖ укажіть "черезшкірне введення призначеної дози за допомогою шприца-голки для БЦЖ" тощо, а для вакцинації п'ятивалентною або осадженою 15-валентною пневмококовою кон'югованою вакциною слід зазначити категорію "підшкірна або внутрішньом'язова ін'єкція" відповідно.

## Анкета скринінгу перед вакцинацією проти інфекції вірусу папіломи людини

		Температура тіла перед співбесідою		Градуси	
Адреса					
Прізвище пацієнта		Ч Ж	Дата народження	Народився (народилась) / /	
Прізвище батьків/опікуна*				Вік ( р. міс.)	

\* Ім'я батька/матері/опікуна не обов'язкове, якщо пацієнту 16 років або більше.

Анкета перед вакцинацією		Відповідь		Коментар лікаря
Чи ви прочитали документ (надісланий раніше муніципальним управлінням) з роз'ясненням щодо вакцинації, яку буде зроблено сьогодні?		Так	Ні	
Чи робили пацієнтові це щеплення раніше?		1-ша доза		
		2-га доза		
		3-тя доза		
Якщо «так», вкажіть тип вакцини, дату та вік пацієнта на момент проведення вакцинації. [Увага 1] Обведіть одну з наведених нижче вакцин: <b>(1) Церварикс (бівалентний); (2) Гардасил (чотирьохвалентний); (3) Сильгард 9 (9-валентний); (4) Інші.</b> [Увага 2] У випадку <b>(3) Сильгард 9 (9-валентного)</b> також можна використовувати режим застосування двох доз, що складається з прийому першої дози у віці 14 років та другої дози з інтервалом не менше 5 місяців. [Увага 3] Батьки/опікуни, пацієнт та/або лікар повинні намагатися ідентифікувати отриману вакцину. Якщо записи неможливо знайти й вакцину неможливо ідентифікувати, лікар повинен вписати «Невідомо».		1-ша доза	(1) / (2) / (3) / (4) / / (д/м/р) (вік)	
		2-га доза	(1) / (2) / (3) / (4) / / (д/м/р) (вік)	
Яку вакцину ви б хотіли, щоб пацієнт отримав сьогодні? [Увага] Обведіть одну з наведених нижче вакцин: (1) Церварикс (бівалентний); (2) Гардасил (чотирьохвалентний); (3) Сильгард 9 (9-валентний).		(1) / (2) / (3)		
Чи хворіє пацієнт сьогодні? Якщо так, опишіть докладно. ( )		Так	Ні	
Чи хворів пацієнт протягом останнього місяця? Назва захворювання ( )		Так	Ні	
Чи було вакциновано пацієнта протягом останнього місяця? Назва вакцини ( )		Так	Ні	
Чи є в пацієнта вроджена аномалія, захворювання серця, нирок, печінки, центральної нервової системи, імунодефіцит або інші захворювання, щодо яких ви звернулися до лікаря? Назва захворювання ( )		Так	Ні	
У відповідних випадках чи дав згоду на сьогоднішнє щеплення лікар, який лікує вищезазначене захворювання?		Так	Ні	
Чи виникали в пацієнта судоми (спазм або припадок) у минулому? Якщо так, то в якому віці це відбулося? ( )		Так	Ні	
Якщо ви ствердно відповіли на попереднє запитання, чи підвищувалася в пацієнта в той час температура?		Так	Ні	
Чи був у пацієнта висип або кропив'янка як реакція на ліки або їжу, чи хворів він після вживання певних продуктів або прийому певних ліків?		Так	Ні	
Чи є в пацієнта член сім'ї або родич зі вродженим імунодефіцитом?		Так	Ні	
Чи спостерігалася в пацієнта серйозна реакція на щеплення в минулому? Назва вакцини ( )		Так	Ні	
Чи спостерігалася в когось із членів родини або родича пацієнта серйозна реакція на щеплення в минулому?		Так	Ні	
Чи є ймовірність, що дитина могла завагітніти (наприклад, чи є затримка або відсутність менструації)? [Застереження] Особливу увагу слід приділяти щепленню вагітних.		Так	Ні	
Чи у вас є запитання щодо сьогоднішньої вакцинації?		Так	Ні	
Коментар лікаря З огляду на вказані вище відповіді та результати співбесіди мною було прийнято рішення, що пацієнту (можна / не можна) робити щеплення сьогодні. Я пояснив самій пацієнтці (або батькам/опікунам, якщо пацієнтці не виповнилося 16 років) інформацію про переваги та побічні реакції після вакцинації, а також про підтримку, що надається Системою допомоги в разі заподіяння шкоди здоров'ю вакцинацією.  Підпис або ім'я та печатка лікаря:				

Ця анкета для скринінгу використовується для підвищення безпеки вакцинації. Лікар провів бесіду з пацієнтом і роз'яснив мені інформацію про переваги, цілі та ризики (зокрема, серйозні побічні ефекти) вакцинації, а також характер допомоги, яка надається в разі виникнення небажаних явищ. Я вважаю, що розумію цю інформацію.

Я (даю / не даю)\* згоду на вакцинацію пацієнта.

Обведіть свій вибір.

Я розумію вищезазначене та погоджуюся з поданням цієї анкети до міського управління.

Підпис батьків/опікуна або самого пацієнта: \_\_\_\_\_

(\* підпис батька/матері/опікуна необхідний, якщо пацієнту менше 16 років)

Назва вакцини	Дозування	Установа / ім'я лікаря / дата введення
Назва вакцини Номер партії [Застереження] Переконайтеся, що термін придатності вакцини дійсний.	Внутрішньом'язова ін'єкція  0,5 мл	Установа: Ім'я лікаря: Дата введення: / / (д.м.р.)

## Анкета скринінгу перед вакцинацією проти інфекції вірусу папіломи людини (Для дитини без супроводу батьків/опікуна)

### Пояснення перед вакцинацією проти інфекції вірусу папіломи людини

○ Для батьків/опікунів: Документ обов'язковий для ознайомлення.

**\* [Для батьків/опікуна дитини, яка підлягає вакцинації і досягла віку від шостого класу загальноосвітньої школи до першого курсу вищого навчального закладу (крім дітей віком від 16 років)]**

Батьки/опікуни раніше повинні були супроводжувати свою дитину під час отримання щеплення; однак лише в разі вакцинації проти зараження вірусом папіломи людини діти віком від 13 років (починаючи з першого класу молодшої школи до першого класу середньої школи (крім дітей віком від 16 років)) можуть отримувати щеплення без супроводу батьків/опікуна за умови, що батьки/опікуни прочитали, зрозуміли та підписали цей документ, надавши дозвіл на щеплення своєї дитини.

(Переконайтеся, що ваша дитина взяла із собою цей документ у день вакцинації.)

Якщо у вас виникли запитання щодо вакцинації, перш ніж підписувати цю анкету для скринінгу, проконсультуйтеся зі своїм лікарем, центром охорони здоров'я або муніципальним управлінням, що відповідає за вакцинацію, щоб отримати повне уявлення про переваги та ризики вакцинації перед прийняттям рішення про вакцинацію.

#### 1. Симптоми зараження вірусом папіломи людини (ВПЛ)

Вірус папіломи людини — вірус, який може вражати шкіру та слизову оболонку та має понад 100 типів. Віруси, що вражають слизову оболонку, здебільшого проникають на слизову оболонку статевих органів крізь невелику ранку, спричинену статевим актом. За оцінками, понад 50 % жінок, які проживають за кордоном і мають статеві стосунки, принаймні раз у житті бувають заражені цими вірусами.

Серед ВПЛ, що інфікують слизову оболонку, щонайменше 15 типів буває виявлено при захворюванні на рак шийки матки. Їх називають ВПЛ високого ризику. Два ВПЛ особливо високого ризику, типи 16 і 18, трапляються найчастіше. Результати показують, що ці два віруси були виявлені приблизно в 70 % випадків раку шийки матки в зарубіжних дослідженнях. Крім раку шийки матки, щонайменше 90 % раку анального каналу та 40 % раку вагіни, вульви та статевого члена пов'язують із цими двома вірусами згідно із зарубіжними дослідженнями. Підтверджено, що віруси, не віднесені до категорій високого ризику, викликають гострокінцеві кондиломи, доброякісні генітальні бородавки.

#### 2. Переваги та побічні ефекти вакцинації

Вакцина містить вірусні компоненти кількох типів вірусів папіломи людини (ВПЛ), і у вакцинованих дітей виробляється імунітет проти цих вірусів. Дитина, яка має імунітет, захищена від ВПЛ.

Проте вакцинація іноді викликає легкі побічні ефекти. Вакцинація дуже рідко викликає серйозні побічні ефекти. Іноді після вакцинації спостерігаються такі реакції:

#### Основні побічні ефекти вакцини проти ВПЛ

Основні побічні ефекти включають лихоманку та місцеві реакції (біль, еритему та набряк). Іноді після вакцинації виникають запаморочення від болю та психогенна реакція, спричинена ін'єкцією. Щоб діти, яким було зроблено щеплення, не впали внаслідок запаморочення, їх потрібно посадити на диван і спостерігати за ними протягом приблизно 30 хвилин.

У рідкісних випадках повідомлялося про серйозні побічні ефекти, як-от анафілактична реакція (навіть шок, кропив'янка та утруднення дихання), синдром Гієна — Барре, тромбоцитопенічна пурпура (крововилив у шкіру, з носа та слизової оболонки порожнини рота) і гострий дисемінований енцефаломієліт (ADEM).

\* Для отримання додаткової інформації перейдіть на вебсайт свого муніципалітету або ознайомтеся з інформаційним листом, що надсилається окремо.

#### 3. Системи підтримки людей, у яких виникли побічні явища, спричинені вакцинацією

○ Особа з побічними ефектами, спричиненими звичайною вакцинацією, яка потребує медичного лікування або чия здатність виконувати звичайну повсякденну діяльність порушена через травму, може отримати компенсацію відповідно до закону «Про профілактичні щеплення».

○ Компенсація включає оплату медичних витрат, медичну допомогу, ренту на дітей-інвалідів, ренту за інвалідністю, одноразову допомогу в разі смерті та витрати на поховання, що класифікуються законодавством відповідно до тяжкості травми. Таку компенсацію виплачують відповідно до норм законодавства. Усі компенсації, за винятком одноразової допомоги в разі смерті та витрат на поховання, виплачуються безперервно до завершення лікування або покращення здоров'я.

○ Компенсацію виплачують пацієнту після того, як відповідну травму засвідчено урядовою ревізійною комісією як таку, що була заподіяна щепленням. До складу цього комітету входять спеціалісти з вакцинації, інфекційної медицини, права та інших відповідних дисциплін, які обговорюють причинно-наслідковий зв'язок відповідної травми з вакцинацією, тобто уточнюють, чи було спричинено відповідну травму вакцинацією або іншими факторами (інфекцією до або після вакцинації чи іншими причинами).

\* Якщо ви вважаєте, що вам потрібно подати заяву на компенсацію, проконсультуйтеся з лікарем, який проводив бесіду з вашою дитиною перед вакцинацією, у центрі охорони здоров'я або в муніципальному управлінні, що відповідає за вакцинацію.

#### 4. Застереження щодо вакцинації

Вакцинацію зазвичай слід робити дитині із хорошим станом здоров'я. Якщо ваша дитина почуває себе недобре, проконсультуйтеся з лікарем і вирішіть, чи варто їй робити щеплення.

Якщо стан вашої дитини відповідає будь-якому з наведених нижче критеріїв, її не варто вакцинувати.

- 1) Очевидна висока температура (37,5 °C або вище)
  - 2) Важке гостре захворювання
  - 3) Анафілаксія в анамнезі, спричинена будь-яким компонентом препарату вакцини
  - 4) Інші умови, які лікар вважає невідповідними
- Якщо ваша дитина вагітна, їй не слід робити щеплення.

○ Для батьків/опікунів: Обов'язково прочитайте наведене нижче.

Уважно прочитавши та повністю зрозумівши вищезазначене, прийміть рішення, чи робити щеплення вашій дитині. Якщо ж ви вирішили зробити щеплення, поставте підпис у стовпці для батьків/опікунів. **Без вашого підпису вашій дитині не дозволено робити щеплення, якщо їй ще не виповнилося 16 років.**

Якщо ви не хочете, щоб вашій дитині робили щеплення, ставити підпис не потрібно.

Я прочитав (прочитала) пояснення щодо вакцинації проти інфекції вірусу папіломи людини й усвідомлюю переваги та ризики серйозних побічних ефектів від вакцин, а також систему допомоги для людей, у яких виникли проблеми зі здоров'ям унаслідок щеплення. Зважаючи на це, я даю згоду на щеплення своєї дитини.

Я розумію, що цей документ було складено для того, щоб допомогти батькам і опікунам ґрунтовно розібратись у вакцинації, і погоджуюся з поданням цієї анкети до міського управління.

Підпис батьків/опікуна: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

Контактний номер для екстреного випадку: \_\_\_\_\_

\* Ця форма необхідна для вакцинації проти вірусу папіломи людини, коли дитина перебуває без супроводу батьків/опікуна. Переконайтеся, що ваша дитина, якій ще не виповнилося 16 років, надасть цю форму, прийшовши на вакцинацію без супроводу.

**Без вашого підпису на бланку вашій дитині не дозволяється робити щеплення, якщо їй не виповнилося 16 років.**

Анкета для скринінгу

		Температура тіла перед співбесе́дою		Градуси	
Адреса					
Ім'я дитини		Ч Ж	Дата народження	Народився (народилась) / / (д.м.р.) Вік ( р. міс.)	

Анкета перед вакцинацією		Відповідь		Коментар лікаря	
Чи читали ви документ (надісланий вам раніше муніципальною службою), у якому пояснюється вакцинація, що проводиться сьогодні?		Так	Ні		
Чи робили пацієнту цю вакцинацію раніше?		1-ша доза			
		2-га доза			
		3-тя доза.			
Якщо «так», вкажіть тип вакцини, дату та вік пацієнта на момент проведення вакцинації. [Увага 1] Обведіть одну з наведених нижче вакцин: <b>(1) Церварикс (бівалентний); (2) Гардасил (чотирьохвалентний); (3) Сильгард 9 (9-валентний); (4) Інші.</b> [Увага 2] У випадку <b>(3) Сильгарду 9 (9-валентного)</b> також можна використовувати режим застосування двох доз, що складається з прийому першої дози у віці 14 років та другої дози з інтервалом не менше 5 місяців. [Увага 3] Батьки/опікуни, пацієнт та/або лікар повинні намагатися ідентифікувати отриману вакцину. Якщо записи неможливо знайти й вакцину неможливо ідентифікувати, лікар повинен вписати «Невідомо».		1-ша доза	(1) / (2) / (3) / (4)  / / (д/м/р) (вік)		
		2-га доза	(1) / (2) / (3) / (4)  / / (д/м/р) (вік)		
Яку вакцину ви б хотіли, щоб пацієнт отримав сьогодні? [Увага] Обведіть одну з наведених нижче вакцин: (1) Церварикс (бівалентний); (2) Гардасил (чотирьохвалентний); (3) Сильгард 9 (9-валентний).		(1) / (2) / (3)			
Чи хворіє дитина сьогодні? Якщо так, опишіть природу захворювання. ( )		Так	Ні		
Чи хворіла дитина протягом останнього місяця? Назва захворювання ( )		Так	Ні		
Чи було дитину вакциновано протягом останнього місяця? Назва вакцини ( )		Так	Ні		
Чи є в дитини вроджена аномалія, захворювання серця, нирок, печінки, центральної нервової системи, імунодефіцит або інші захворювання, щодо яких ви звернулися до лікаря? Назва захворювання ( )		Так	Ні		
У відповідних випадках чи дав згоду на сьогоднішнє щеплення лікар, який лікує вищезазначене захворювання?		Так	Ні		
Чи виникали в дитини судоми (спазм або припадок) у минулому? Якщо так, то в якому віці це відбулося? ( )		Так	Ні		
Якщо ви ствердно відповіли на попереднє запитання, чи підвищувалася в дитини в той час температура?		Так	Ні		
Чи був у дитини висип або кропив'янка як реакція на ліки або їжу, чи хворіла вона після вживання певних продуктів або прийому певних ліків?		Так	Ні		
Чи є в дитини член сім'ї або родич зі вродженим імунодефіцитом?		Так	Ні		
Чи спостерігалася в дитини серйозна реакція на щеплення в минулому? Назва вакцини ( )		Так	Ні		
Чи спостерігалася в когось із членів родини або родича дитини серйозна реакція на щеплення в минулому?		Так	Ні		
Чи є ймовірність того, що вона вагітна (наприклад, є затримка місячних або відсутність місячних)? [Застереження] Особливу увагу слід приділяти щепленню вагітних.		Так	Ні		
Ця анкета для скринінгу використовується для підвищення безпеки вакцинації. Чи погоджуєтесь ви на вакцинацію своєї дитини, враховуючи перенесені хвороби та їхню поточну стадію? Я (погоджуюся / не погоджуюся)* на вакцинацію дитини. * Обведіть свій вибір. Я розумію вищезазначене та погоджуюся з поданням цієї анкети до міського управління.					
Підпис батьків/опікуна:					

Коментар лікаря З огляду на вказані вище відповіді та результати співбесіди мною було прийнято рішення, що пацієнту (можна / не можна) робити щеплення сьогодні. Пацієнту особисто роз'яснено інформацію щодо переваг і побічних дій вакцинації, а також надано відомості про підтримку людей, які потерпають від побічних дій, пов'язаних із вакцинацією.	
Підпис або ім'я та печатка лікаря:	

Назва вакцини	Дозування	Установа / ім'я лікаря / дата введення
Назва вакцини Номер партії [Застереження] Переконайтесь, що термін придатності вакцини дійсний.	Внутрішньом'язова ін'єкція  0,5 мл	Установа: Ім'я лікаря: Дата введення: / / (д.м.р.)

**Анкета скринінгу перед вакцинацією проти гепатиту В**

		Температура тіла перед співбесідою		Градуси	
Адреса					
Ім'я дитини		Ч	Дата	/ / (д/м/р)	
Прізвище батьків/опікуна		Ж	народження	Вік (	р. / міс.)

Анкета перед вакцинацією	Відповідь		Коментар лікаря
Чи ви прочитали документ (надісланий раніше муніципальним управлінням) з роз'ясненням щодо вакцинації, яку буде зроблено сьогодні?	Так	Ні	
Дайте відповідь на наведені нижче запитання щодо дитини. Вага при народженні ( ) г Чи спостерігалися в дитини якісь відхилення під час пологів?	Так	Ні	
( ) г Чи спостерігалися в дитини якісь відхилення після народження?	Так	Ні	
Чи були виявлені якісь відхилення під час медичного огляду немовляти?	Так	Ні	
Чи хворіє дитина сьогодні? Якщо так, опишіть природу захворювання. ( )	Так	Ні	
Чи хворіла дитина протягом останнього місяця? Назва захворювання ( )	Так	Ні	
Чи хворів хтось із родичів або друзів дитини на кір, краснуху, вітряну віспу чи епідемічний паротит протягом останнього місяця? Назва захворювання ( )	Так	Ні	
Чи було дитину вакциновано протягом останнього місяця? Назва вакцини ( )	Так	Ні	
Чи є в дитини вроджена аномалія, захворювання серця, нирок, печінки, центральної нервової системи, імунodefіцит або інші захворювання, щодо яких ви звернулися до лікаря? Назва захворювання ( )	Так	Ні	
У відповідних випадках чи дав згоду на сьогоднішнє щеплення лікар, який лікує вищезазначене захворювання?	Так	Ні	
Чи виникали в дитини судоми (спазм або припадок) у минулому? Якщо так, то в якому віці це відбулося? ( )	Так	Ні	
Якщо ви ствердно відповіли на попереднє запитання, чи підвищувалася в дитини в той час температура?	Так	Ні	
Чи був у дитини висип або кропив'янка як реакція на ліки або їжу, чи хворіла вона після вживання певних продуктів або прийому певних ліків?	Так	Ні	
Чи є в дитини член сім'ї або родич зі вродженим імунodefіцитом?	Так	Ні	
Чи спостерігалися в дитини серйозна реакція на щеплення в минулому? Назва вакцини ( )	Так	Ні	
Чи спостерігалися в когось із членів родини або родича дитини серйозна реакція на щеплення в минулому?	Так	Ні	
Чи робили дитині протягом останніх 6 місяців переливання крові або продуктів крові та чи отримувала вона ліки під назвою гамма-глобулін?	Так	Ні	
Чи отримала дитина вакцину від гепатиту В після народження в межах програми профілактики передачі інфекції від матері до дитини?	Так	Ні	
Чи у вас є запитання щодо сьогоднішньої вакцинації?	Так	Ні	
<p>Коментар лікаря</p> <p>З огляду на вказані вище відповіді та результати співбесіди мною було прийнято рішення, що дитині (можна / не можна) робити щеплення сьогодні.</p> <p>Батькам/опікунові роз'яснено інформацію щодо переваг і побічних дій вакцинації, а також надано відомості про підтримку людей, які потерпають від побічних дій, пов'язаних із вакцинацією.</p> <p style="text-align: center;">Підпис або ім'я та печатка лікаря:</p>			

Ця анкета для скринінгу використовується для підвищення безпеки вакцинації. Лікар провів бесіду з дитиною і роз'яснив мені інформацію про переваги, цілі та ризики (зокрема, серйозні побічні ефекти) вакцинації, а також характер допомоги, яка надається в разі виникнення небажаних явищ. Я вважаю, що розумію цю інформацію.  
Я (даю / не даю)\* згоду на вакцинацію дитини. \* Обведіть свій вибір.  
Я розумію вищезазначене та погоджуюся з поданням цієї анкети до міського управління.  
Підпис батьків/опікуна:

Назва вакцини	Дозування	Установа / ім'я лікаря / дата введення
Назва вакцини Номер партії [Застереження] Переконайтеся, що термін придатності вакцини дійсний.	* (Підшкірна ін'єкція)  мл	Установа: Ім'я лікаря: Дата введення: / / (д.м.р.)

## Анкета скринінгу перед вакцинацією проти ротавірусу

Батьки/опікун: Заповніть поля, виділені жирним шрифтом.

Адреса	Дата	/ / (ДД.ММ.РРРР)
	Температура перед оглядом	градус(ів) (з десятковими значеннями)
Ім'я дитини	Номер телефону	- -
	Дата народження дитини	/ / (ДД.ММ.РРРР) (Вік: тижні(в) дні(в)) <small>Для віку в тижнях і днях зараховуйте день після дати народження за 1-й день.</small>
Прізвище батьків/опікуна		

Якщо це перша вакцинація, чи підтвердили ви, що станом на сьогодні дитині не більше ніж 14 тижнів і 6 днів?

Поле для введення назви медичного закладу (Позначте ☑)

Анкета	↑ Відповідь			Коментар лікаря
	1-ше	2-ге	3-тє	
Яке щеплення сьогодні отримає ваша дитина?	1-ше	2-ге	3-тє	
Запишіть дату щеплення (дати щеплень), що отримала ваша дитина (лише якщо це 2-ге або 3-тє її щеплення). <small>Примітка. Переконайтеся, що з моменту останньої вакцинації вашої дитини від ротавірусу пройшло щонайменше 27 днів.</small>	1-ше	/ / (ДД.ММ.РРРР)		
	2-ге	/ / (ДД.ММ.РРРР)		
Чи ви прочитали наданий муніципалітетом документ із відомостями про вакцинацію, яку буде проведено сьогодні?	Так	Ні		
Чи розумієте ви переваги та побічні дії вакцинації, яку буде проведено сьогодні?	Так	Ні		
Чи було вам надано інформацію щодо інвагінації? Чи вона вам зрозуміла?	Так	Ні		
Наступні запитання стосуються росту та розвитку вашої дитини. Вага при народженні:			г	
Чи були якісь відхилення під час пологів?	Так	Ні		
Чи були якісь відхилення від норми після народження?	Так	Ні		
Чи були виявлені якісь відхилення під час медичного огляду дитини?	Так	Ні		
Чи ваша дитина хворіє або почувається погано сьогодні? Опишіть симптоми:	Так	Ні		
Чи ваша дитина хворіла протягом останнього місяця? Назва хвороби:	Так	Ні		
Чи хворів хтось із родичів або друзів дитини на кір, краснуху, вітряну віспу чи епідемічний паротит протягом останнього місяця? Назва хвороби:	Так	Ні		
Чи вашу дитину було вакциновано протягом останнього місяця? Вакцина: Дата: (ДД.ММ.РРРР)	Так	Ні		
Чи виникла інвагінація у вашої дитини раніше? Чи є у вашої дитини нелікована вроджена аномалія шлунково-кишкового тракту? <small>Примітка. Якщо так, ваша дитина не може отримати вакцину від ротавірусу.</small>	Так	Ні		
Чи було діагностовано у вашої дитини імунодефіцит? Чи страждає ваша дитина від неодноразової діареї, повторних інфекцій, наприклад пневмонії або інфекції середнього вуха, чи мала вона проблеми із зайвою вагою? <small>Примітка. Якщо так, можливо, ваша дитина не зможе отримати вакцину від ротавірусу.</small>	Так	Ні		
Чи є у вашої дитини вроджена аномалія; розлад шлунково-кишкового тракту; захворювання серця, нирок, печінки, крові або центральної нервової системи чи будь-які інші захворювання, щодо яких ви зверталися до лікаря? Назва хвороби:	Так	Ні		
Якщо ви ствердно відповіли на попереднє запитання, чи говорив вам лікар, до якого ви зверталися щодо цього захворювання, що ваша дитина може отримати щеплення сьогодні?	Так	Ні		
Чи виникали у вашої дитини судоми (спазм або припадок) у минулому? Якщо так, то приблизно в скільки місяців: місяць(в)	Так	Ні		
Якщо ви ствердно відповіли на попереднє запитання, чи підвищувалася у вашої дитини температура в той час?	Так	Ні		
Чи ваша дитина мала коли-небудь висип, кропив'янку або чи хворіла вона після вживання певних продуктів / прийому певних ліків? Якщо ви ствердно відповіли на попереднє запитання, укажіть ліки/продукти:	Так	Ні		
Чи відчувала ваша дитина раніше нездужання після вакцинації? Якщо ви ствердно відповіли на попереднє запитання, укажіть вакцину:	Так	Ні		
Чи приймала мати дитини ліки, які пригнічують імунну систему під час вагітності? Якщо ви ствердно відповіли на попереднє запитання, укажіть ліки:	Так	Ні		
Чи було діагностовано в близького родича вашої дитини вроджений імунодефіцит?	Так	Ні		
Чи хворів коли-небудь близький родич вашої дитини після щеплення?	Так	Ні		
Чи до сьогоднішнього дня вашій дитині проводили переливання крові або вводили гамма-глобулін?	Так	Ні		
Чи у вас є запитання щодо сьогоднішньої вакцинації?	Так	Ні		

## Поле для записів лікаря

На підставі вищезазначеної анкети та результатів медогляду мною було прийнято рішення, що дитині (можна / не можна) робити сьогоднішнє щеплення. Батькам/опікунові роз'яснено інформацію щодо переваг і побічних дій вакцинації (зокрема, інвагінації), а також відомості щодо запобіжної системи в разі завдання шкоди здоров'ю під час вакцинації.

Підпис або ім'я та печатка лікаря:

## Поле для записів батьків/опікуна

Лікар обстежив мою дитину та надав мені інформацію. Я розумію переваги, цілі, можливість серйозних побічних дій (зокрема, інвагінації), а також інформацію щодо запобіжної системи в разі завдання шкоди здоров'ю під час вакцинації, і відповідно я (даю / не даю)\* згоду на вакцинацію своєї дитини.  
\* Обведіть свій вибір.

Я розумію, що метою анкети є забезпечення безпеки щеплень, і погоджуюся з поданням цієї анкети до міського управління.

Підпис батьків/опікуна:

Застосована вакцина	Дозування		Місце вакцинації / прізвище лікаря / дата вакцинації
	Пероральна вакцинація		
Назва вакцини: Номер партії: Попередження. Переконайтеся, що термін придатності вакцини дійсний	RotaTeq® 2 мл	Rotarix® 1,5 мл	Місце вакцинації: Прізвище лікаря: Дата вакцинації: / / (ДД.ММ.РРРР)