

СКРИНІНГ ПЕРЕД ВАКЦИНАЦІЄЮ

Анкета з переліком можливих абсолютних та відносних протипоказань до вакцинації.



Цей опитувальник потрібно **заповнити та повернути перед вакцинацією**, оскільки він допоможе Вашій медичній сестрі/педіатру краще визначитись з часом для запланованої на сьогодні вакцинації. Якщо Ви маєте будь-які запитання будь-ласка запитайте медичну сестру або педіатра перш ніж надавати відповіді в анкеті.

Ім'я дитини:				
Анкету заповнила (-ив):				
Дата:				
Запитання		Так	Ні	?
1	Чи хвора на сьогодні Ваша дитина?			
2	Чи має він/вона алергію до будь-яких ліків, їжі, вакцин або латексу?			
3	Чи мав (-ла) він/вона важку алергічну реакцію до будь-якої вакцини?			
4	Чи вводили йому/їй будь-яку вакцину протягом минулого місяця?			
5	Чи має він/вона будь-яке хронічне захворювання? (діабет, астму, захворювання серця, розлади згортання крові, тощо)			
6	Чи мав (-ла) він/вона судоми, ураження мозку, або синдром Гієна-Барре в минулому?			
7	Чи має він/вона лейкемію, онкологічну патологію чи інші хвороби які вражають імунітет?			
8	Чи отримувач(-ла) він/вона кортикостероїди, ліки які знижують імунітет або променеву терапію протягом останніх 3-х місяців?			
9	Чи отримувач(-ла) він/вона ін'єкції імуноглобуліну, переливання крові або компонентів крові протягом останнього року?			
10	Чи живе він/вона з людьми похилого віку або з особами, які мають онкологічні захворювання, після трансплантації або з іншими станами які впливають на імунітет?			
11	В разі, якщо дитина підліток: чи вагітна вона наразі, або ж чи є ймовірність того, що вона може завагітніти в найближчі 4 тижні?			

Адаптовано з: "Immunization Action Coalition. Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens" (<http://www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf>).

Якщо Ви відповіли "Так" на будь-яке з запитань, перед вакцинацією Ви повинні уточнити у медичної сестри чи педіатра чи слід провести заплановану вакцинацію сьогодні або ж отримати пропозиції з альтернативним графіком.