



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIŃSKU MAZOWIECKIM

Imię i nazwisko dziecka

PESEL dziecka

Drodzy Rodzice i Opiekunowie !

W trosce o zdrowie i bezpieczeństwo Państwa dzieci, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety.

Informujemy, że kwalifikację do szczepienia dzieci przeciw HPV przeprowadzi lekarz, a szczepienie będzie wykonywała wykwalifikowana pielęgniarka z Punktu szczepień SPZOZ w Mińsku Mazowieckim

Pytania wstępne dotyczące narażenia na HPV. Proszę odpowiedzieć na pytania Tak lub Nie:

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko miało podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?
TAK NIE

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka poddawanego szczepieniu występował ból gardła, nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?
TAK NIE

3. Czy dziecko ma obecnie infekcję dróg oddechowych, biegunkę, wymioty?
TAK NIE

4. Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko przyjmowało antybiotyki?
TAK NIE

5. Czy dziecko jest uczulone na jakiegokolwiek leki, w tym szczepionki?
TAK NIE

6. Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko miało wykonane inne szczepienie
TAK NIE

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Rodzica / Opiekuna Prawnego)

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim
05-300 Mińsk Mazowiecki, ul. Szpitalna 37

tel.: 255065100 • fax: 255065109 • www.spzozmm.pl • e-mail: spzozmm@spzozmm.pl

NIP: 822-18-41-618 • REGON: 712351100 • KRS: 0000114964 • Nr konta: 61922600050010010020000070.

