



SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW
św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o.o.
ul. Trynitaraska 11, 31-061 Kraków

Name and surname of the patient:
(Imię i Nazwisko pacjenta)

PESEL (personal identification number), or passport number:
(PESEL lub seria i numer paszportu)

Intake screening interview before vaccinating an adult against COVID-19

(Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19)

The questionnaire is to be filled out before a visit to a vaccination centre.

(Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.)

The answers to the questions below will enable the personnel who verify the vaccination eligibility to determine whether you can receive a COVID-19 vaccine today or not. Your answers will be used during the vaccination eligibility procedure. The person verifying your vaccination eligibility may ask you additional questions. If you have any doubts, please ask the healthcare professional who verifies your vaccination eligibility or the vaccinator.)

(Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystywane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie.)

No.	Initial questions	YES	NO
1.	Have you had a positive genetic or antigen test for SAR CoV-2 in the last 30 days? (Czy w ciągu ostatnich trzech miesięcy miała Pani/ miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?)		
2.	In the last 14 days, have you had any close contact or live with a person who was tested positive for the SARS-CoV-2 genetic or antigen test or live with a person who had symptoms of COVID -19 during this period? (listed in questions 3–5)? (Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/ miał Pan 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.	Have you had an increased body temperature or fever in the last 14 days? (Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/ miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?)		
4.	Have you had a new, persistent cough or increased of chronic cough due to a recognized chronic disease in the last 14 days? (Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/ Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?)		
5.	In the last 14 days, have you experienced a loss of sense of smell or taste? (Czy w ciągu ostatnich 14 dni występowała u Pani/ Pana utrata węchu lub odczucia smaku?)		
6.	Have you received any vaccine in the last 14 days? (Czy otrzymała Pani/ otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni ?)		
7.	Do you have a cold or diarrhoea or vomiting today? (Czy Pani/ Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty?)		

If the answer to any of the above questions is YES (positive), vaccination against COVID-19 should be postponed. You should come to the vaccination when all answers to the above-mentioned the questions will be NO (negative). In case of doubts, please contact your vaccination centre.

(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.)

The questionnaire date 15.05.2021 r. (version 1)
Data sporządzenia kwestionariusza 15.05.2021 r. (wersja 1)

An interview questionnaire for COVID-19 vaccination in an adult

(Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19)

No.	Questions regarding health	YES ^a	NO	Don't know ^a
1.	Are you feeling ill today? (the temperature taken at the vaccination centre°C) <i>(Czy dziś czuje się Pani/ Pan chory?, pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień)</i>			
2.	Have you ever had a severe adverse reaction to a vaccination (including the first COVID-19 vaccine dose)? If yes, what was the reaction? <i>(Czy wystąpiła u Pani/ Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19?)</i>			
3.	Have you ever been diagnosed to be allergic to polyethylene glycol (PEG), polysorbate or any other components of the vaccine ¹ ? <i>(Czy rozpoznano u Pani/ Pana uczulenie na glikol polietylenowy, (PEG), polisorbat lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki ¹?)</i>			

¹ More information about the COVID-19 vaccine components has been provided in the patient leaflet available at the following *Szczepimy się* website address: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/materialy-informacyjne-dla-szpitali-i-pacjentow-dotyczace-szczepien-przeciw-covid-19>. The leaflet is also made available by the personnel performing the vaccination.

¹ 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 udostępni również personel realizujący szczepienia.

No.	Questions regarding health	YES ^a	NO	Don't know ^a
4.	In the past, have you been diagnosed with a severe systemic allergic reaction (anaphylactic shock) after administration of any medicine or food, or after an insect bite? <i>(Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/ Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada?)</i>			
5.	Are you currently suffering from an intensification of a chronic disease? <i>(Czy występuje u Pani/ Pana zaostrzenie choroby przewlekłej?)</i>			
6.	Do you receive drugs that weaken the immune system (immunosuppressive drugs, oral corticosteroids – e.g. prednisone, dexamethasone), cancer therapies (cytostatic drugs), post-transplant drugs, radiotherapy (radiation) or biological treatments for arthritis, non - specific bowels inflammation (e.g. Crohn's disease) or psoriasis? <i>(Czy otrzymuje Pani/Pan 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?)</i>			
7.	Do you suffer from haemophilia or other serious bleeding disorders? <i>(Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia?)</i>			
8.	Have you been diagnosed with heparin-induced thrombocytopenia (HIT) or cerebral vein thrombosis? <i>(Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną? (HIT)</i>			
9.	<i>(only for ladies)</i> Are you pregnant? <i>(Tylko dla Pań - czy jest Pani w ciąży?)</i>			
10.	<i>(only for ladies)</i> Do you breastfeed your baby? <i>(Tylko dla Pań - czy karmi Pani dziecko piersią?)</i>			

^a If you answer YES or DON'T KNOW to any of the questions, the personnel who verify your vaccination eligibility will need to obtain additional information. If you answer YES to any of 2–8 questions about your health status, your vaccination eligibility procedure will be performed by a doctor.

^a Odpowiedz TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia. Odpowiedz TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza.

Questions at the vaccination station/ (pytania w miejscu szczepienia)		YES	NO
1.	Have you got any doubts relating to the questions you were asked? (Czy ma Pani/ Pan wątpliwości do zadanych pytań?)		
2.	Have you received all the answers to the questions you asked? (Czy uzyskał Pani/ Pan odpowiedzi na zadane pytania?)		

A legible signature of a person receiving the vaccine: Date:/time
 (Czytelny podpis osoby szczepionej) Data: Godzina

Additional interview information at the vaccination station:
 (Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień)

Found eligible/not eligible for the vaccination (underline the correct answer) by:
 (Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany (właściwe podkreślić) przez

..... Date:/time
 Legible signature of a person verifying vaccination eligibility Data: Godzina
 (Czytelny podpis osoby kwalifikującej)

Statement of consent
 (Oświadczenie)

I hereby give my free and voluntary consent to receiving the COVID-19 vaccine. I confirm I have received and understood the vaccination information provided to me. I have received and understood the answers to all the questions I asked.

(Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące 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