

Перелік контрольних питань перед вакцинацією для вакцин проти COVID-19



Для осіб, що вакцинуються:

Наступні питання допоможуть нам визначити, чи є якась причина, через яку вам сьогодні не слід отримувати вакцину проти COVID-19.

Ім'я пацієнта: _____

Вік _____

Якщо ви відповісте «так» на будь-яке з питань, це не означатиме безумовно, що вам не слід вакцинуватися. Це просто означає, що вам можуть бути задані додаткові питання. Якщо питання незрозуміле, попросіть свого медичного працівника пояснити його.

Так Ні Не знаю

1. Чи маєте ви сьогодні погане самопочуття?			
2. Ви коли-небудь отримували дозу вакцини проти COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> Якщо так, який вакцинний препарат ви отримували? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Інший препарат _____ 			
3. У вас коли-небудь була алергічна реакція на: (Може включати важку алергічну реакцію [наприклад, анафілаксію], яка вимагає лікування епінефрином або препаратом EpiPen® або яка призвела до того, що ви звернулись до лікарні. Також може включати алергічну реакцію, яка відбулася протягом 4 годин та яка спричинила алергічний висип, набряк або утруднення дихання, включаючи дихання зі свистом.)			
<ul style="list-style-type: none"> Компонент вакцини проти COVID-19, що включає будь-що з наведеного нижче: <ul style="list-style-type: none"> Поліетиленгліколь (ПЕГ), який міститься в деяких медичних препаратах, таких як проносні засоби та препарати для процедури колоноскопії Полісорбат, який міститься в деяких вакцинах, таблетках, вкритих плівковою оболонкою, та внутрішньовенних стероїдах. Попередня доза вакцини проти COVID-19. Вакцина або ін'єкційна терапія, що містить декілька компонентів, одним із яких є компонент вакцини проти COVID-19, але невідомо, який компонент викликав алергічну реакцію негайного типу. 			
4. У вас коли-небудь була алергічна реакція на іншу вакцину (крім вакцини проти COVID-19) або ін'єкційний препарат? (Може включати важку алергічну реакцію [наприклад, анафілаксію], яка вимагає лікування епінефрином або препаратом EpiPen® або яка призвела до того, що ви звернулись до лікарні. Також може включати алергічну реакцію, яка відбулася протягом 4 годин та яка спричинила алергічний висип, набряк або утруднення дихання, включаючи дихання зі свистом.)			
5. Ви коли-небудь мали важку алергічну реакцію (наприклад, анафілаксію) на щось інше, окрім компонента вакцини проти COVID-19, будь-якої вакцини або ін'єкційного препарату? Може включати харчову алергію, алергію на домашніх тварин, отруту, екологічну алергію або алергію на пероральні медичні препарати.			
6. Чи отримували ви яку-небудь вакцину впродовж останніх 14 днів?			

7. Ви коли-небудь отримували позитивну пробу на COVID-19, або вам коли-небудь говорив лікар, що у вас COVID-19?			
8. Чи отримували ви пасивну терапію антитілами (моноклональні антитіла або сироватку реконвалесцентів) як лікування COVID-19?			
9. Чи маєте ви ослаблену імунну систему, спричинену чимось на кшталт ВІЛ-інфекції чи раку, чи приймаєте ви імунодепресивні препарати чи терапію?			
10. Чи маєте ви порушення гемостазу або приймаєте препарати, що розріджують кров?			
11. Чи вагітні ви або годуєте груддю?			
12. Чи наявні у вас дермальні філлери?			

Форма перевірена _____ **Дата** _____

15.03.2021 р.
CS321629-E

Адаптовано зі вдячністю з переліку контрольних питань попередньої перевірки організації Immunization Action Coalition (IAC)