



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1
W BELŻYCACH**

24-200 Belżyce, ul. Przemysłowa 44

NIP: 713-28-46-648, Regon: 432710721, Numer KRS: 0000208113
Bank Spółdzielczy w Nałęczowie, Filia w Belżycach 96 8733 0009 0015 3113 2000 0010

Belżyce 31.12.2020

Uwaga

**Pracownicy i Osoby zgłaszające się do szczepień p/COVID !!!
oraz Personel innych podmiotów, którzy wybrali nasz Szpital węzłowy.**

- 1) Każdemu pracownikowi medycznemu, który posiada Prawo wykonywania zawodu zostało automatycznie wygenerowane e-skierowanie umożliwiające mu szczepienie, dlatego pracownicy którzy nie wpisali się na listę mogą się zaszczepić. Jak również inne osoby zatrudnione istnieje możliwość dodania e -skierowania.
- 2) Aby uzyskać pełną odporność konieczne jest zaszczepienie 2 dawkami szczepionki w odstępach co najmniej 21 dni.
- 3) Pierwsze dawki Szczepionki p/Covid otrzymamy w dniu 4.01.2020. około godziny 12:00. Z uwagi na święto „Trzech króli ” i konieczność zużycia szczepionki w określonym czasie po którym utraci ważność prosimy personel o postępowanie zgodne z niniejszym pismem, tak , aby cały proces zaszczepienia przebiegał sprawnie. Planujemy szczepić poniedziałek w godz.12:00-15:00 wtorek , czwartek w godz.8:00-15:00
- 4) Dalsze dostawy szczepionki będą się odbywać w poniedziałki w około godziny 12:00. Szczepienia do czwartku włącznie.
- 5) Szczepienia będą się odbywać na parterze szpitala w pomieszczeniach NiśOZ. W pierwszej kolejności pracownicy, którzy nie chorowali, następnie pozostali.
- 6) Osoby do szczepień po wezwaniu telefonicznym przez Naczelną Pielęgniarkę (koordynatora) w miarę możliwości przybywają dość szybko lub w wyznaczonym czasie z wypełnionym drukiem kwalifikacji i zgody na szczepienie (stan na dzień szczepienia) oraz oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (wypełnione z datą 28.12.2020). Druki do pobrania ze strony zakładu.
- 7) W przypadku osób zewnętrznych tylko druk kwalifikacji.
- 8) Wchodzimy do szpitala środkowym wejściem „B” po wykonaniu triażu.
- 9) Lekarz wykonuje kwalifikację do szczepienia.
- 10) Pielęgniarka wykona szczepienie przekaże wypełniony druk w tym przypomnienia o szczepieniu.
- 11) Konieczne jest pozostanie pod obserwacją personelu szczepiącego przez co najmniej 20 minut.
- 12) Pracownicy zgłaszają się z tak, aby nie zakłócać funkcjonowania ośrodków, oddziałów.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Belżycach

mgr Inż. *Dariusz Kamiński*

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL lub seria i nr paszportu:

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

Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą u lekarza. Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli lekarzowi zdecydować, czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane przez lekarza w czasie kwalifikacji do szczepienia. Lekarz może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego realizującego szczepienie.

Lp.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	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.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)?		
7.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?		
8.	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty)?		

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest pozytywna, szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wtedy, gdy wszystkie odpowiedzi na ww. pytania będą negatywne. W razie wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem realizującym szczepienia.

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak ^a	Nie	Nie wiem ^a
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrenie) choroby przewlekłej?			
2.	Czy w przeszłości lekarz rozpoznał u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu jakiegoś leku lub pokarmu, albo po ukąszeniu owada?			
3.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?			
4.	Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje ¹ ?			
5.	Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)?			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki osłabiające odporność (immunosupresyjne), np. kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton, hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwne?			
8.	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy jest Pani w ciąży?			
9.	<i>(tylko dla Pań)</i> Czy karmi Pani dziecko piersią?			
10.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Czy którekolwiek z pytań było niejasne?			

^aOdpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza.

Formularz wypełniony przez: Data:

Formularz sprawdzony przez: Data:

Oświadczenie

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw COVID-19

Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem. Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałam/zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

.....

Data i podpis

¹ Więcej informacji na temat składu szczepionki można znaleźć w Ulotce dla pacjenta, dostępnej na stronie urpl.gov.pl. Ulotkę udostępnia personel realizujący szczepienia.