



miejsowość

dnia

Karta badania pacjenta

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię: Płeć: M K

PESEL: Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Wywiad przed podróżą:

Dokąd planuje Pan/Pani podróż? (nazwa kraju/krajów/regionu świata)

Termin podróży: od do

Cel podróży: służbowy turystyczny rodzinny innyRodzaj podróży: zorganizowany indywidualnyZakwaterowanie: hotel hostel namiot mieszkanie prywatne statek pasażerskiPlanowany pobyt: miasto wieś góry dżungla pustynia morzePlanowane aktywności: plażowanie safari nurkowanie wspinaczka wysokogórska rafting surfing eksploracja jaskiń inne (jakie?)Planowane ryzykowne zachowania: konsumpcja żywności i napojów u ulicznych sprzedawców rezygnacja ze stosowania repelentów w rejonach występowania chorób transmisyjnych rezygnacja ze stosowania chemioprophylaktyki w rejonach występowania malarii podróżowanie lokalnymi środkami transportu inne (jakie?)

Badanie podmiotowe:

Skargi pacjenta/pacjentki

	Tak	Nie	Opis (jednostka chorobowa)
Urazy czaszki lub narządu ruchu/ choroby narządu ruchu			
Omdlenia/ padaczka/ inne choroby układu nerwowego			
Choroby/ zaburzenia psychiczne/ stany depresyjne			
Cukrzyca			
Choroby tarczycy			
Choroby narządu słuchu/ narządu wzroku			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu krwiotwórczego/ choroby nowotworowe			
Choroby układu oddechowego			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowo-płciowego			
Choroby skóry/ alergię			
Choroby zakaźne/ choroby pasożytnicze			
Wywiad ginekologiczno-położniczy (ciąża, karmienie piersią)			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej (jakiej?)			
Czy przyjmuje leki (jakie?)			

.....
podpis pacjenta/ pacjentki

Badanie przedmiotowe:

Temperatura ciała °C Tętno /min RR / mmHg

	Patologia	Opis patologii
Skóra		
Węzły chłonne		
Jama ustno-gardłowa		
Szyja		
Klatka piersiowa		
Płuca		
Układ sercowo-naczyniowy		
Jama brzuszna		
Narząd ruchu		
Układ nerwowy		
Stan psychiczny		

Ankieta przed szczepieniem

- Czy w ostatnim miesiącu miał Pan/Pani objawy infekcji, gorączkę, przyjmowanie antybiotyków? tak nie
- Czy występowały/występują u Pana/Pani objawy uczulenia na leki, pokarmy, np. białko jaja kurzego? tak nie
- Czy poprzednich szczepieniach wystąpiły u Pana/Pani objawy niepożądane? tak nie
- Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie kortykosteroidy, leki przeciwnowotworowe (cystostatyczne), radioterapię lub leki przeciwzapalne z powodu zapalenia stawów, nieswoistych zapaleń jelit (np. choroba Crohna) lub łuszczycy? tak nie
- Czy w ciągu minionych 12 miesięcy otrzymywał/a Pan/Pani krew, preparaty krwi, immunoglobuliny? tak nie
- Czy otrzymywał/a Pan/Pani jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni? tak nie
- Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a według Programu Szczepień Ochronnych w dzieciństwie? tak nie
- Czy jest Pani w ciąży? tak nie
- Czy w najbliższym czasie planuje Pani ciążę? tak nie

Kwalifikacja do szczepienia

Data poprzedniego szczepienia: Nazwa szczepionki

W wyniku przeprowadzonego lekarskiego badania kwalifikacyjnego w dniu o godz.
zaświadcza się, że u pacjenta/pacjentki:

- stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego
nazwa szczepionki
- stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw
- Uwagi i zalecenia lekarza

Zgoda na wykonanie szczepienia

Ja niżej podpisany/a wyrażam dobrowolnie i w pełni świadomie zgodę na przeprowadzenie szczepienia ochronnego. Jednocześnie podaję, że zostałem w sposób dla mnie zrozumiały poinformowany/a o zasadach, sposobie prowadzenia i ewentualnych następstwach szczepienia oraz celowości, działaniu i ewentualnych, dających się przewidzieć następstwach szczepienia oraz o celowości działania i ewentualnych, dających się przewidzieć następstwach proponowanego szczepienia oraz jego zaniechaniach. Miałem/am możliwość zapoznania się z przepisami dotyczącymi praw pacjenta, w szczególności z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 06.11.2018 r. (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.).

Oświadczam, że podczas wywiadu i badania nie zataiłem/am żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia oraz przebytych chorób. Przeprowadzono ze mną rozmowę dotyczącą harmonogramu szczepień obowiązkowych i zalecanych. Podczas tej rozmowy mogłem/am pytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące planowanego szczepienia, związanego z tym ryzyka oraz inne okoliczności, które mogą wystąpić przed, w trakcie i po szczepieniu. Zrozumiałem/am wszystkie informacje i wyjaśnienia i nie mam więcej pytań. Zostałem/am poinformowany/a o konieczności pozostania na terenie ośrodka przez 30 minut po szczepieniu. W dniu dzisiejszym czuję się dobrze i nie mam żadnych dolegliwości. Ponadto oświadczam, że upoważniam do uzyskania dokumentacji i zasięgnięcia informacji o moim stanie zdrowia:

(imię i nazwisko osoby do kontaktu)

.....
data i czytelny podpis pacjenta/ pacjentkiOświadczam, że pacjent został poinformowany o planowanym
szczepieniu oraz o powikłaniach mogących powstać w jego wyniku.....
podpis i pieczęć lekarska

Szczepienie	I (data, seria, nazwa preparatu)	II (data, seria, nazwa preparatu)	III (data, seria, nazwa preparatu)	IV (data, seria, nazwa preparatu)	V (data, seria, nazwa preparatu)
tężec					
tężec, błonica					
tężec, błonica, krztusiec					
poliomyelitis					
tężec, błonica, krztusiec, poliomyelitis					
dur brzuszny					
cholera					
wirusowe zapalenie wątroby typu A					
wirusowe zapalenie wątroby typu B					
wirusowe zapalenie wątroby typu A+B					
wścieklizna					
żółta gorączka					
zakażenia meningokokowe A,C,W-135,Y					
zakażenia meningokokowe B					
zakażenia pneumokokowe					
COVID-19					
odra, świnka, różyczka					
ospa wietrzna					
grypa					
kleszczowe zapalenie mózgu					
japońskie zapalenie mózgu					
inne					
.....					

Zalecana chemioprofilaktyka/ profilaktyka

Zalecana chemioprofilaktyka/ profilaktyka nie tak (jaka?)

Chemioprofilaktyka przeciwmalaryczna: nie tak (jaka?)

Chemioprofilaktyka przeciwbiegunkowa: nie tak (jaka?)

Chemioprofilaktyka przeciw chorobie wysokogórskiej: nie tak (jaka?)

Profilaktyka przeciw owadom (repelent): nie tak (jaka?)

Profilaktyka przeciwsłoneczna: nie tak (jaka?)

Inna profilaktyka: nie tak (jaka?)

.....
podpis i pieczęć lekarska