

**APTEKA MIRACULUM**

Medycyna Podróży

miejscowość

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/ alergie			
Choroby zakaźne/ choroby pasożytnicze			
Wywiad ginekologiczno-położniczy (ciąża, karmienie piersią)			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej (jakiej?)			
Czy przyjmuje leki (jakie?)			

.....
podpis pacjenta/ pacjentki

**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 zasięgania informacji o moim stanie zdrowia:

(imię i nazwisko osoby do kontaktu)

.....
data i czytelny podpis pacjenta/ pacjentki

Oświadczam, że pacjent został poinformowany o planowanym
szczepieniu oraz o powikłaniach mogących powstać w jego wyniku

podpis i pieczętka farmaceuty