

Imię i nazwisko pacjenta (名和姓): .....

PESEL lub seria i nr paszportu (PESEL或证件号码): .....

**Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego  
przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19**  
**成人接种新冠疫苗前的初次筛选访谈问卷**

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.

问卷应在看医生之前完成。回答以下问题将让您的医生决定您今天是否可以接种新冠疫苗。医生将根据您的答卷来评审您的疫苗接种资格。医生可能还会问其他问题。如果您有什么疑问，可以请负责疫苗接种的医护人员进行解释。

Lp.	Pytania wstępne 初步问题	Tak 是	Nie 不
1.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2? 最近4周内您核酸检测或抗原测试是否呈阳性?		
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)? 最近14天里您是否与核酸检测或抗原测试呈阳性的人密切接触或生活在一起? 或在此期间与患有新冠症状(下面3-5中列出的问题)的人住在一起?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę? 最近14天里您体温升高或发烧过吗?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? 最近14天内您突然持续咳嗽吗? 还是您的慢性咳嗽病恶化了?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku? 最近14天里您是否失去过嗅觉或味觉?		
6.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)? 您过去14天从国外(红色区域)回来吗?		
7.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni? 过去14天内您是否已接种过疫苗?		
8.	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty? 您今天感冒、腹泻或呕吐吗?		

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.

如果您对以上任何一个问题的回复是肯定的，则应推迟接种新冠疫苗。当您对上述所有问题的回复都是否定的时候就可以申请接种疫苗。如有疑问请联系进行疫苗接种的医护人员。

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia 相关健康问题	Tak 是	Nie 否	Nie wiem 不知道
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory, czy występuje pogorszenie (zaostrzenie) choroby przewlekłej? 您今天生病了吗？或者您的慢性病正在恶化？			
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? 以前您在服用一些药物或食物后或被昆虫叮咬后，医生是否诊断出您患有严重的全身性过敏反应（过敏性休克）？			
3.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu? 您以前接种疫苗后是否有过严重的不良反应？			
4.	Czy lekarz rozpoznał kiedyś u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG) lub inne substancje? 医生曾经认为您对聚乙二醇（PEG）或其他物质过敏吗？			
5.	Czy choruje Pani/Pan na chorobę znacznie obniżającą odporność (nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS lub inne choroby układu immunologicznego)? 您是否患有明显降低免疫力的疾病（癌症，白血病，艾滋病或其他免疫系统疾病）？			
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? 您是否正在接受抑制免疫系统的药物（免疫抑制剂），例如可的松，强的松或其他皮质类固醇（地塞米松，皮质醇，皮质酮，氢化可的松，甲泼尼龙 -Medrol, -Metypred等），抗癌药物（细胞生长抑制剂），器官移植后、放疗后（放射线）服用的药物，或用于治疗关节炎、炎症性肠病（例如克罗恩氏病）或牛皮癣的药物？			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? Czy otrzymuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwe? 您是否患有血友病或其他严重的出血性疾病？ 您是否服用抗凝剂？			
8.	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży? (仅对女士) 您怀孕了吗？			
9.	(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią? (仅对女士) 您是否用母乳喂养婴儿？			
10.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? Czy którekolwiek z pytań było niejasne? 您对所提问题有任何疑问吗？是否有任何不清楚的问题？			

Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez lekarza.  
对任何问题回答“是”或“不知道”，都需要医生的额外解释。

Formularz wypełniony przez 表格填写人: .....

Data日期: .....

Formularz sprawdzony przez 表格核对人: .....

Data日期: .....

#### Oświadczenie 声明

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.

我声明我自愿同意接种新冠疫苗。我确认已获得有关要接种疫苗的信息并了解了它。我也获得了我所问全部问题的答案，并对此表示明白。

.....

Data i podpis 日期和签字