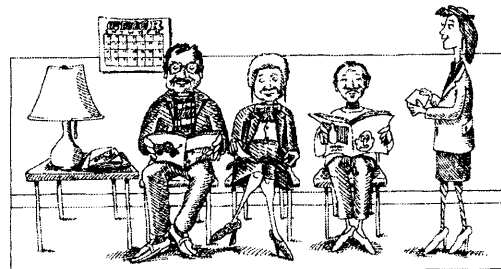


Опросный лист для взрослых, которым делают профилактические (скрининговые) прививки



Вниманию пациентов! нижеследующие вопросы позволят нам определить, какие вакцины вам можно вводить в настоящее время. Если вы отвечаете «да» на какой-либо вопрос, это совсем не означает, что вам не следует делать прививку. Это всего лишь означает, что нам необходимо задать вам дополнительные вопросы. Если какой-либо вопрос вам непонятен, пожалуйста, попросите своего поставщика медицинских услуг разъяснить его вам.

| | Да | Нет | Не знаю |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Больны ли вы в настоящее время? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Страдаете ли вы аллергией на какие-либо лекарства, продукты или вакцину? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Возникла ли у вас когда-либо тяжелая реакция после введения вакцины? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Страдаете ли вы длительное время какими-либо заболеваниями сердца, легких, почек, обмена веществ (например, диабетом), астмой, анемией или другими расстройствами кровеносной системы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Больны ли вы раком, лейкемией, СПИДом или каким-либо другим заболеванием иммунной системы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Принимаете ли вы кортизон, преднизон, другие стероиды или противоопухолевые препараты, проходили ли вы когда-либо курс лучевой терапии? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Страдаете ли вы приступами эпилепсии, другими расстройствами мозга или нервной системы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Делали ли вам переливание крови или препаратов крови, вводили ли вам иммуноглобулин (гаммаглобулин) либо противовирусный препарат в течение последних 12 месяцев? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Вопрос касается женщин: беременны ли вы? Существует ли вероятность, что вы забеременеете в течение ближайшего месяца? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Делали ли вам какие-либо прививки за последние 4 недели? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Форму заполнил(а): (фамилия, имя) _____ Дата: _____

Форму проанализировал(а): (фамилия, имя) _____ Дата: _____

Принесли ли вы с собой свою карточку учета прививок? да нет

Очень важно, чтобы у вас была личная карточка учета прививок. Если у вас ее нет, попросите своего поставщика медицинских услуг выдать вам такую карточку. Храните карточку в надежном месте и приносите ее всякий раз, когда вы обращаетесь за медицинской помощью. Убедитесь, что ваш поставщик медицинских услуг регистрирует в карточке все сделанные вам прививки.