

Vprašalnik o zdravstvenem stanju otroka pred izvedbo cepljenja

Ime in priimek otroka: _____

Rojstni datum: _____ (dan) _____ (mesec) _____ (leto)

Spoštovani,

vljudno Vas prosimo, da izpolnite vprašalnik o zdravstvenem stanju vašega otroka, ki bo v pomoč pri izvedbi cepljenja. Če boste na vsa vprašanja odgovorili z »NE« in zdravnik pri pregledu otroka ne bo ugotovil posebnosti, bo otrok lahko cepljen. Če boste na katero od vprašanj odgovorili z "DA", bo zdravnik, po pregledu otroka in ob upoštevanju stanja in drugih podatkov ocenil ali bo otrok lahko cepljen.

Če ste pri katerem odgovoru v dvomih, lahko zaprosite za pojasnilo medicinsko sestro ali zdravnika.

	DA	NE
1. Ali je otrok danes bolan?		
2. Ali ima alergijo na hrano, zdravila ali katerokoli cepivo? če je odgovor da, na kaj ima alergijo.....		
3. Ali je imel v preteklosti že kdaj resen neželen učinek po cepljenju? če je odgovor da, po katerem cepivu.....		
4. Ali je imel kdaj vročinske krče?		
5. Ali ima katero od boleznih kot so: rak, levkemija, AIDS ali katerokoli bolezen imunskega sistema? če je odgovor da, kaj ima.....		
6. Ali je v zadnjih 3 mesecih prejel večje odmerke kortikosteroidov, kemoterapevtikov ali imel obsevanje? če je odgovor da, kaj je prejel.....		
7. Ali je v zadnjem letu prejel transfuzijo krvi ali kakšen drug krvni pripravek, imuno-globuline? če je odgovor da, kaj je prejel.....		
8. Ali je bil cepljen v zadnjih 4 tednih? če je odgovor da, kaj je prejel.....		

Izpolnil/a:

Pregledal/a:

Datum:

Datum: