

**Wywiad przesiewowy przed szczepieniem noworodka w pierwszych dniach życia (WZW typu B, BCG) – lista pytań<sup>a,b</sup>**  
**Скринінгове опитування перед вакцинацією новонародженого в перші дні життя (вірусний гепатит В, БЦЖ) — перелік питань<sup>a,b</sup>**

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Im'я та прізвище дитини: .....

Дата народження:.....

Czas trwania ciąży (w tyg. wg książeczki zdrowia dziecka):

Тривалість вагітності (у тижнях на основі даних із медичної карти дитини): .....

PYTANIE PRZESIEWOWE СКРИНІНГОВІ ЗАПИТАННЯ		NIE NI	TAK TAK	NIE WIEM Я НЕ ЗНАЮ
1. Czy dziecko jest dziś chore?	1. Чи дитина сьогодні хвора?			
2. Czy dziecko otrzymuje glikokortykosteroidy w dawce większej niż 2 mg/kg mc./24 h przez co najmniej 7 dni?	2. Чи отримує дитина глюкокортикостероїди у дозі понад 2 мг/кг м.т./24 год протягом щонайменше 7 днів?			
3. Czy u rodziców lub rodzeństwa dziecka rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub wystąpiły nagłe zgony z powodu ciężkich zakażeń?	3. Чи був у батьків чи брата або сестри дитини діагностований тяжкий спадковий імунodefіцит або виникла раптова смерть від тяжких інфекцій?			
4. Czy mama dziecka otrzymywała w ciąży silne leki osłabiające odporność (takie jak: infliksymab, adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, anakinra, tocyilizumab, rytuksymab)? Czy mama otrzymuje te leki aktualnie i będzie karmiła noworodka piersią?	4. Чи отримувала мати дитини сильнодіючі препарати, що послаблюють імунітет, під час вагітності (такі як: інфліксимаб, адалімумаб, цертолізумаб, етанерцепт, голімумаб, анакінра, тоцилізумаб, ритуксимаб)? Чи приймає мама зараз ці ліки і чи буде вона годувати новонароджену дитину грудьми?			
5. Czy u mamy dziecka stwierdzono w ciąży (lub wcześniej) zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B (WZW typu B, żółtaczką „wszczepienną”), antygen HBs lub zakażenie HIV?	5. Чи діагностовано у матері дитини зараження вірусом гепатиту В (вірусний гепатит В, гепатит В), наявність антигену HBs чи ВІЛ-інфекцію під час вагітності (або раніше)?			
6. Czy mama dziecka posiada aktualny wynik badania antygenu HBs i w kierunku HIV (wykonanych w 33.–37. tc. lub później, albo tuż przed porodem przedwczesnym), i są one ujemne?	6. Чи є у матері дитини актуальний результат тесту на антиген HBs та на наявність ВІЛ (зроблений на 33–37 тижні вагітності або пізніше), і чи вони негативні?			
15. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?	15. Чи отримувала дитина будь-яке щеплення за останні 4 тижні?			

<sup>a</sup> przedrukowano z: „Zasady kwalifikacji do szczepienia dzieci i młodzieży. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Wakcynologii”, Med. Prakt. Szczep. Wyd. Specjal. 1/2020  
<sup>a</sup> передруковано з: „Zasady kwalifikacji do szczepienia dzieci i młodzieży. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Wakcynologii”, Med. Prakt. Szczep. Wyd. Specjal. 1/2020  
<sup>b</sup> odpowiedź NIE na pyt. 1.–5. oraz TAK na pyt. 6. wskazuje na brak przeciwwskazań do szczepienia noworodka; odpowiedź TAK lub NIE WIEM na pyt. 1.–5. oraz NIE lub NIE WIEM na pyt. 6. wskazuje na konieczność pogłębienia wywiadu o szczegółowe informacje przed podjęciem decyzji o kwalifikacji noworodka do szczepienia przeciwko WZW typu B lub gruźlicy (BCG)  
<sup>b</sup> відповідь НІ на запитання 1.–5. і ТАК на запитання 6. вказує на відсутність протипоказань до вакцинації новонародженого; відповідь ТАК або НЕ ЗНАЮ на запитання 1.–5. і НІ або НЕ ЗНАЮ запитання 6. вказує на необхідність поглиблення анамнезу детальною інформацією перед прийняттям рішення про відбір новонародженого для вакцинації проти вірусного гепатиту В або туберкульозу (БЦЖ)

Formularz wypełniony przez:

Data:

Форму заповнив(ла): .....

Дата: .....

Stopień pokrewieństwa z dzieckiem: mama / tata / inny (proszę wpisać jaki)

Ступінь спорідненості з дитиною: мама/тато/інший (впишіть, будь ласка, який) .....

Formularz sprawdzony przez:

Data:

Формуляр перевірів(ла): .....

Дата: .....