

Dotazník ke zdravotnímu stavu před očkováním

Identifikace očkovaného

Jméno, příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Číslo zdravotní pojišťovny:

Telefonní číslo:

Email:

Máte v rodině (sourozenci, rodiče, prarodiče) některá z těchto onemocnění? Pokud ANO, zakřížkujte:

- onemocnění srdce, infarkty mozkovou mrtvici chronické onemocnění plic onemocnění ledvin
 nádorové onemocnění autoimunitní onemocnění, např. diabetes (cukrovku)
 jiná – vypište: _____

Vypište/zakřížkujte prosím informace o zdravotním stavu očkovaného:

1) Porod a období kolem něj:

z kolikátého těhotenství se dítě narodilo: _____

potraty:

ne ano

komplikace v těhotenství:

ne ano jaké: _____

porod:

hlavou nožkami císařským řezem

bezprostřední komplikace po porodu:

ne ano jaké: _____

novorozenecká žloutenka:

ne lehká těžká s nutností svícení ve fialovém světle

jiné obtíže, komplikace a infekce v novorozeneckém věku (do 28dní života): ne ano vypište: _____

2) Období kojenecké a pozdější:

Byl pohybový vývoj vašeho dítěte přiměřený věku (tj. doba, kdy se začalo přetáčet, plazit se, lézt, stát, chodit):

ano ne

Byl řečový a dorozumivací vývoj vašeho dítěte přiměřený věku:

ano ne

Projevila se u vašeho dítěte nějaká abnormalita chování po 1 roce věku:

ano ne

Má vaše dítě:

Onemocnění srdce, ledvin, mozku, plic či jiných orgánů:

ne ano jaké: _____

Onemocnění kůže:

ne ano jaké: _____

Onemocnění neurologické:

ne ano jaké: _____

Alergie (potraviny, léky, pyly, prach a další):

ne ano jaké: _____

Průduškové astma:

ne ano

Atopický ekzém:

ne ano

Obtíže po předchozím očkování:

ne ano jaké: _____

Prodělalo vaše dítě neštovice:

ne ano

Tvoří se vašemu dítěti časté velké modřiny:

ne ano

Krvácí vaše dítě často či silně – nos, menstruace, jinde:

ne ano

Prodělalo dítě v posledních 14 dnech infekční onemocnění: ne ano jaké: _____

Užívá vaše dítě léky: ne ano jaké: _____

Sledování v odborné ambulanci (např. neurologie)

ne ano jaké: _____

Vážné úrazy:

ne ano jaké: _____

Hospitalizace:

ne ano jaké: _____

Operace:

ne ano jaké: _____

Čestné prohlášení zákonného zástupce očkovaného:

Já _____

matka

otec

(jméno, příjmení, titul)

Čestně prohlašuji, že:

1. vyplnil jsem výše uvedený dotazník řádně a pravdivě, podle svého nejlepšího vědomí a svědomí;
2. nejsem si vědom akutních či chronických zdravotních potíží, které by bránily očkování dítěte;
3. orgán ochrany veřejného zdraví ani jiný lékař mně či mému dítěti nenařídil karanténní opatření;
4. není mi známo, že jsme v posledních 2 týdnech přišli do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí;
5. není mi známo vážné alergické onemocnění dítěte;
6. nejsem si vědom těhotenství mého dítěte;

Datum _____

Podpis klienta (zákonného zástupce, opatrovníka): _____

Vyplňuje lékař:

Je potřeba podstoupit další vyšetření před očkováním na základě dotazníku: ANO NE

Dítě je zdravotně způsobilé k očkování:

ANO NE

Razítko a podpis očkujícího lékaře: _____