

Miejsce na oznaczenie placówki medycznej (医疗机构标注)

Imię i nazwisko pacjenta (名和姓) :

PESEL lub seria i nr paszportu (PESEL 或护照号码) :

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 w punkcie szczepień. 问卷应在访问疫苗接种中心之前完成。

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie.

回答以下问题将让资质接种人员决定您今天是否可以接种新冠疫苗。您的答案将用于获得疫苗接种资格。资质接种人员可能还会问其他问题。如果您有什么疑问，可以请医护人员或资质接种人员进行解释。

Lp.	Pytania wstępne dotyczące narażenia na COVID-19 有关 COVID-19 的初步问题	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 ból gardła, nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej? 最近 14 天您是否有喉咙痛、新的持续咳嗽或由于已确定的慢性疾病导致的慢性咳嗽增加?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub smaku? 最近 14 天里您是否失去过嗅觉或味觉?		
6.	Czy Pani/Pan czuje się dzisiaj przeziębiony lub ma biegunkę, wymioty? 您今天感冒、腹泻或呕吐吗?		

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień. 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，请联系疫苗接种中心。

Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19

给成年人接种新冠疫苗之前的病史问卷

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? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: ...°C) 您今天感觉不舒服吗? (在接种点测量的体温: ... °C)			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka? 您在接种疫苗后是否有过严重的不良反应(也适用于第一剂 COVID-19 疫苗)? 如果有, 是什么样的?			
3.	Czy rozpoznano u Pani/Pana uczulenie na glikol polietylenowy (PEG), polisorbát lub inne substancje wchodzące w skład szczepionki? 您是否对疫苗中的聚乙二醇 (PEG)、聚山梨醇酯或其他物质过敏?			

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia 相关问题	Tak 是	Nie 否	Nie wiem 不知道
4.	Czy w przeszłości rozpoznano u Pani/Pana ciężką, uogólnioną reakcję alergiczną (wstrząs anafilaktyczny) po podaniu leku, pokarmu, po ukąszeniu przez owada? 您过去是否被诊断出对药物、食物或昆虫叮咬有严重的全身性过敏反应（过敏性休克）？			
5.	Czy występuje u Pani/Pana zaostrzenie choroby przewlekłej? 你的慢性病有加重吗？			
6.	Czy otrzymuje Pani/Pan leki obniżające odporność (immunosupresyjne, doustne kortykosteroidy – np. prednizon, deksametazon), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), leki zażywane po przeszczepieniu narządu, radioterapię (napromienianie) lub leczenie biologiczne z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy? 您是否接受抑制免疫系统的药物（免疫抑制剂、口服皮质类固醇 – 例如强的松、地塞米松）、抗癌药物（细胞抑制剂）、器官移植和放射治疗（辐射）后服用的药物或关节炎、炎症性肠病（例如克罗恩病）或牛皮癣的生物治疗？			
7.	Czy choruje Pani/Pan na hemofilię lub inne poważne zaburzenia krzepnięcia? 您是否患有血友病或其他严重的出血性疾病？			
8.	Czy rozpoznano u Pani/Pana małopłytkowość indukowaną heparyną (HIT) lub zakrzepicę żył mózgowych? 您是否被诊断出患有肝素诱导的血小板减少症（HIT）或脑静脉血栓形成？			
9.	(tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży? (仅对女士) 您怀孕了吗？			
10.	(tylko dla Pań) Czy karmi Pani dziecko piersią? (仅对女士) 您是否用母乳喂养婴儿？			

Odpowiedź TAK lub NIE WIEM, na którekolwiek pytanie wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez personel kwalifikujący do szczepienia. 对任何问题回答“是”或“不知道”，都需要资质接种人员的额外解释。

Odpowiedź TAK na którekolwiek z pytań 2-8 dotyczących stanu zdrowia jest wskazaniem do przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza. 对任何与健康相关的问题 2-8 回答“是”，需要医生做出资格审核。

Pytania w miejscu szczepienia 疫苗接种现场问题		Tak 是	Nie 不
1.	Czy ma Pani/Pan wątpliwości do zadanych pytań? 您对所提问题有任何疑问吗？		
2.	Czy uzyskał Pani/Pan odpowiedzi na zadane pytania? 你得到所提问题的答复了吗？		

Czytelny podpis osoby szczepionej (接种者的清晰签名)Data (日期) :/godz (钟点)

Uzupełnienie wywiadu w punkcie szczepień (在接种点完成面谈)

Zakwalifikowany do szczepienia/nie zakwalifikowany do szczepienia (符合接种条件/不符合接种条件) :

.....Data (日期) : /godz (钟点)

(czytelny podpis osoby kwalifikującej) (资格审核人员的清晰签名)

Oświadczenie 声明

Oświadczam, że 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. 我声明我同意接种COVID-19疫苗。我确认已向我提供有关此疫苗接种的信息并且我理解它。我也得到了所提问题的答案，并且我理解给我的答案。

.....
Data i czytelny podpis (日期和签字)