

# Контрольний перелік питань перед вакцинацією для імунізації проти COVID-19



Для осіб, які отримують вакцину:

Наступні питання допоможуть нам визначити, чи є причини, через які Вам не слід вводити вакцину проти COVID-19 сьогодні. **Якщо Ви відповісте «так» на будь-яке запитання, це не обов'язково означає, що Вам не слід робити щеплення.** Це означає, що Вам можуть поставити додаткові питання. Якщо Вам незрозуміле якесь питання, попросіть Вашого медичного працівника пояснити.

П. І. Б. \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_

1. Ви сьогодні почуваєтеся погано?

Так Ні Не знаю

2. Чи отримували Ви коли-небудь дозу вакцини проти COVID-19?

• Якщо так, то яку(-и) вакцину(-и) Ви отримали?

- «Пфайзер-Біонтек» (Pfizer-BioNTech)     «Модерна» (Moderna)     «Янссен» («Джонсон енд Джонсон») (Janssen, Johnson & Johnson)     Інша вакцина \_\_\_\_\_

• Скільки доз вакцини проти COVID-19 Ви отримали? \_\_\_\_\_

• Ви взяли із собою карту профілактичних щеплень чи інші документи?

3. У Вас є якісь захворювання або Ви проходите курс лікування, в результаті якого у Вас помірно чи сильно ослаблений імунітет? (До них відносяться лікування раку або ВІЛ, отримання трансплантату органів, імуносупресивна терапія або використання високих доз кортикостероїдів, терапія CAR-T-клітинами, трансплантація гемопоетичних клітин (ТГК), синдром Ді Георга або синдром Віскотта–Олдріча)

4. Чи проводили Вам трансплантацію гемопоетичних клітин (ТГК) чи терапію CAR-T-клітинами після отримання вакцини проти COVID-19?

5. Чи була у Вас колись алергічна реакція на:

(До цього поняття входить важка алергічна реакція [наприклад, анафілаксія], яка вимагає лікування епінефрином або препаратом ЕріПеп® або через яку Ви потрапили до лікарні. Сюди також відноситься алергічна реакція, що спричинила кропивницю, набряк або дихальну недостатність, включаючи хрипи)

• Компонент вакцини проти COVID-19, включаючи будь-який із наступних:

○ Поліетиленгліколь (ПЕГ), який міститься в деяких ліках, таких як проносні засоби та препарати для процедури колоноскопії

○ Полісорбат, який міститься в деяких вакцинах, таблетках з плівковою оболонкою та стероїдах для внутрішньовенного введення

• Попередня доза вакцини проти COVID-19

6. Чи була у Вас колись алергічна реакція на іншу вакцину (крім вакцини проти COVID-19) чи ін'єкційний препарат?

(До цього поняття входить важка алергічна реакція [наприклад, анафілаксія], яка вимагає лікування епінефрином або препаратом ЕріПеп® або через яку Ви потрапили до лікарні. Сюди також відноситься алергічна реакція, що спричинила кропивницю, набряк або дихальну недостатність, включаючи хрипи)

7. Позначте всі варіанти, що підходять для Вас:

Я чоловік віком від 12 до 39 років

У мене є порушення кровообігу

У мене міокардит або перикардит в анамнезі

Я приймаю препарати для розрідження крові

Мені поставлено діагноз мультисистемного запального синдрому (MIS-C або MIS-A) після інфекції COVID-19

У мене в анамнезі синдром Гійєна–Барре (СГБ)

Форму перевірено \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Адаптовано з контрольних переліків питань скринінгу Коаліції дій щодо імунізації (КДІ)