

Перечень контрольных вопросов для определения противопоказаний к применению вакцин для детей и подростков во время скрининга

ФАМИЛИЯ И ИМЯ ПАЦИЕНТА _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ / _____ / _____
день / месяц / год

Вниманию родителей и опекунов: приведенные ниже вопросы помогут нам определить, какую прививку можно сделать вашему ребенку на сегодняшний день. Если вы ответите «да» на какой-либо из вопросов, это не обязательно означает, что вашему ребенку не следует делать прививку. Это всего лишь значит, что нам необходимо будет задать вам дополнительные вопросы. Если вопрос будет непонятен, пожалуйста, попросите своего врача или медсестру разъяснить его.

	Да	Нет	Не знаю
1. Болен ли ваш ребенок в настоящее время?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Есть ли у вашего ребенка аллергия на лекарственные препараты, пищу, какой-либо компонент вакцины или латекс?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Отмечалась ли у вашего ребенка серьезная реакция на введение вакцины в прошлом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Есть ли у вашего ребенка хронические заболевания сердца, легких (включая астму), почек, печени, неврологические расстройства или метаболические заболевания (напр., диабет), болезни крови, отсутствие селезенки, кохлеарный имплантат или истечение спинномозговой жидкости? Принимает ли ваш ребенок аспирин или салицилаты на регулярной основе?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Для детей в возрасте от 2 до 4 лет: В течение последних 12 месяцев, говорил ли вам врач, что у ребенка было свистящее дыхание или астма?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Для младенцев: Вам когда-нибудь говорили, что у ребенка была инвагинация кишечника?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Страдает ли ребенок, его брат (сестра) или кто-либо из родителей от эпилептических припадков; наблюдаются ли у ребенка заболевания головного мозга либо другие расстройства нервной системы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Было ли у ребенка когда-либо диагностировано заболевание сердца (миокардит или перикардит) или мультисистемный воспалительный синдром (MBC-C) после заражения вирусом, вызывающим COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Есть ли у вашего ребенка заболевания иммунной системы, такие как злокачественные новообразования, лейкоз, ВИЧ/СПИД?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. В течение последних 6 месяцев, принимал ли ваш ребенок лекарственные препараты, ослабляющие иммунную систему, такие как преднизон, другие стероиды или противоопухолевые препараты; препараты для лечения ревматоидного артрита, болезни Крона или псориаза; проходил ли он курс лучевой терапии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Имеются ли проблемы с иммунной системой у родителя или брата/сестры ребенка?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. В течение прошлого года, получал ли ваш ребенок иммуноглобулин (гамма-глобулин), вводили ли ему препараты крови или противовирусные препараты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ребенок/подросток беременны?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Проходил ли ваш ребенок вакцинацию в течение последних 4 недель?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Испытывал ли когда-нибудь ребенок головокружение или падал ли в обморок до, во время или после укола?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Беспокоится ли ребенок о том, что ему сегодня сделают укол?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ФОРМУ ЗАПОЛНИЛ(-А) _____ ДАТА _____

ФОРМУ ПРОВЕРИЛ(-А) _____ ДАТА _____

Вы принесли с собой карту прививок? Да Нет

Очень важно вести карту прививок вашего ребенка. Если у вас ее нет, попросите лечащего врача или медсестру вашего ребенка выдать вам такую карту и вписать в нее все прививки, сделанные вашему ребенку. Храните ее в надежном месте и берите с собой каждый раз, когда обращаетесь за медицинской помощью для вашего ребенка. Этот важный документ потребует вашему ребенку в будущем, чтобы поступить в детский сад или школу, устроиться на работу или отправиться в зарубежную поездку.



www.immunize.org/wp-content/uploads/catg.d/p4060-07.pdf

“Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens”
 Item #P4060-07 Russian (12/15/2023)



