

ZGODA
NA UDZIAŁ OSOBY NIELETNIEJ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ
OBEJMUJĄCEJ PRZEPROWADZENIE SZCZEPIEŃ PRZECIWKO
PNEUMOKOKOM WYRAŻONA PRZEZ JEGO RODZICA/OPIEKUNA
PRAWNEGO

Ja,.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

zam.....
(adres zamieszkania)

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w „Programie profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 r.ż. w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017 – 2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej”, obejmującego wykonanie u mojego dziecka cyklu szczepień 13-walentną szczepionką ochronną przez wykwalifikowaną pielęgniarkę; cykl szczepień zostanie poprzedzony badaniem lekarskim

.....
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL.....

Potwierdzam, iż zostałam/em poinformowany o celu prowadzenia szczepień.

Potwierdzam, iż zostałam/em poinformowany o możliwości rezygnacji z udziału w programie w każdym momencie jego realizacji, po złożeniu pisemnej rezygnacji z uczestnictwa.

Potwierdzam, iż zostałam/em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia, postępowania po wykonaniu czynności leczniczej.

Poinformowano mnie również o odstępach czasowych, jakie muszą zostać zachowane między kolejnymi szczepieniami. Uzyskałam informację, że wykonanie kolejnego szczepienia bez zachowania prawidłowego odstępu czasowego może skutkować brakiem odpowiedniego poziomu odporności.

Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka szczepienia szczepionką:.....

Ze względu na własne bezpieczeństwo Pacjent powinien pozostać na terenie Przychodni przez 30 min po wykonaniu szczepienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem tego programu.

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....

ANKIETA

dotycząca badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu i jakości udzielonych świadczeń

(badanie anonimowe)

1. Jak oceniasz swój poziom satysfakcji z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 r.ż. w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017 – 2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej”

a) poziom wiedzy o oczekiwanych efektach zdrowotnych po wykonaniu cyklu szczepień u dziecka

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

b) poziom wiedzy o możliwych zagrożeniach związanych z wykonaniem szczepienia u dziecka

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

c) poziom zadowolenia z uczestnictwa w programie i objęcia dziecka programem szczepień

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

2. Jak oceniasz jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

a) terminowość wykonania szczepień

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

b) poziom usług lekarskich (badania przed szczepieniem)

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

c) poziom usług pielęgniarskich (podanie szczepienia)

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

3. Czy uważasz, że realizacja tego typu programu jest potrzebna

1	2	3	4	5	6
zdecydowanie nie					zdecydowanie tak

4. Czy w przyszłości wzięłbyś udział w tego typu programie zdrowotnym

1	2	3	4	5	6
zdecydowanie nie					zdecydowanie tak

5. Jakie są Twoje potrzeby w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej na terenie Gminy Garbatka-Letnisko

.....