

FORMULARZ NARAŻENIA NA POKŁUCIE PRZEZ KLESZCZE

Odpowiedzi na poniższe pytania pozwolą zakwalifikować Panią / Pana do kolejnego etapu programu polityki zdrowotnej profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2025

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

NAZWISKO												
IMIĘ												
PESEL												

PROSIMY O ZAZNACZANIE ODPOWIEDZI ZNAKIEM „X” W WYZNACZONYCH MIEJSCACH

METRYCZKA											
Obszar zamieszkania											
miejski		podmiejski		wiejski							
Pobyt w ciągu ostatnich 6 miesięcy											
na terenach leśnych		w parkach miejskich / skwerach		na szlakach turystycznych							
Miejsce wykonywania zawodu											
pomieszczenie zamknięte		świeże powietrze / teren zielony		warunki mieszane		nie dotyczy					
PYTANIE							ODPOWIEDŹ				
							TAK		NIE		
A. Ryzyko lokalne – związane z miejscem, gdzie się znajdujemy											
1. Jeśli mieszka Pani / Pan w obszarze miejskim czy w pobliżu są parki, teren zielony, który często pokonuje Pani / Pan pieszo?											
2. Czy mieszka Pani / Pan blisko lasu?											
3. Czy droga do Pani / Pana pracy związana jest z pokonywaniem terenu z zielenią?											
B. Ryzyko związane z podejmowanymi aktywnościami w obszarze, gdzie są rośliny i drobne zwierzęta											
1. Czy wykonywany przez Panią / Pana zawód związany jest z przebywaniem w miejscach, gdzie są rośliny i drobne zwierzęta?											
2. Czy okazjonalnie bywa Pani / Pan na łonie natury np.: pikniki, camping, biwaki – więcej niż raz w roku?											
3. Czy ma Pani / Pan ogród/działkę rekreacyjną, na której wykonuje Pani / Pan prace ogrodnicze, pielęgnacyjne?											
4. Czy posiada Pani / Pan zwierzęta wychodzące poza gospodarstwo domowe (np. psa, kota)?											
5. Czy Pani / Pana aktywności rekreacyjne są związane z kontaktem z roślinnością jak np.: spacer w lesie, bieganie/jogging, zbieranie grzybów/jagód, fotografia przyrody, polowanie, wędkarstwo, spacer z psem											
6. Czy w ciągu najbliższego roku planuje Pani / Pan wyjazd na obszary umiejscowione w lesie lub na innych terenach zielonych (np. obóz, kolonie)											

C. Szczególne ryzyka		
1. Czy wykonuje Pani / Pan zawód rolnika?		
2. Czy ma Pani / Pan powyżej 65 lat i jest Pani / Pan obciążona/obciążony chorobami przewlekłymi np. neurologicznymi, kardiologicznymi, innymi?		
3. Czy jest Pani / Pan w trakcie terapii immunosupresyjnej?		
D. Historia szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu		
1. Czy uczestniczy Pani / Pan w programie szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu po raz pierwszy?		
2. Czy była Pani / był Pan już zaszczepiona/y pełnym schematem przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?		
Jeśli tak, to kiedy?		

<u>DATA</u>	<u>CZYTELNY PODPIS</u>
-------------	------------------------

Uczestnik programu **KWALIFIKUJE / NIE KWALIFIKUJE*** się do etapu programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2025 tj. kwalifikacji lekarskiej do bezpłatnego szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w ramach programu.

<u>DATA</u>	<u>PIECZĄTKA I PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ</u>
-------------	--

* niepotrzebne skreślić