

## 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

<b>NAZWISKO</b>											
<b>IMIĘ</b>											
<b>PESEL</b>											

### 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			
<b>A. Ryzyko lokalne – związane z miejscem, gdzie się znajdujemy</b>							
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>B. Ryzyko związane z podejmowaną aktywnością w obszarze, gdzie są rośliny i drobne zwierzęta</b>							
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)							

<b>C. Szczególne ryzyka</b>		
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?		
<b>D. Historia szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu</b>		
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