



COVID-19 Consent & Medical Eligibility

For Comirnaty® or Comirnaty® RTU, Comirnaty® BA.1 or Comirnaty® BA.4 & BA.5 COVID-19 vaccines and Spikevax® or Spikevax® BA.1 or Spikevax® BA.4 & BA.5 COVID-19 vaccines



Complete this part for the person being vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Name:

Date of Birth:



Imię i nazwisko, data urodzenia

Please answer the following questions with a yes or no answer

1. Has this person ever had a serious allergic reaction (anaphylaxis) that needed medical treatment:

I) after having a previous dose of the Spikevax® or Spikevax® BA.1 or Comirnaty® or Comirnaty® RTU or Comirnaty® BA.1 or Comirnaty® BA.4 & BA.5 COVID-19 vaccine, OR

II) to any of the vaccine ingredients, including polyethylene glycol known as PEG?

If yes, they cannot get this vaccine. If no, GO TO NEXT QUESTION.

1a. Have they ever had a serious allergic reaction (anaphylaxis) to Trometamol (an ingredient in contrast dye used in MRI radiological studies)?

If yes, they cannot get the Spikevax® or Spikevax® BA.1 or Comirnaty® RTU or Comirnaty® BA.1 or Comirnaty® BA.4 & BA.5 or Cominarty Children COVID-19 vaccine. But they can have a different vaccine. If no, GO TO NEXT QUESTION.

2. Have they ever had a serious allergic reaction (anaphylaxis):

I) after taking multiple different medications, with no reason known for the reaction. This may mean they are allergic to polyethylene glycol (PEG) OR

II) after having a vaccine or a medicine that contains polyethylene glycol (PEG), OR

III) for unexplained reasons. This may mean they are allergic to polyethylene glycol (PEG)?

If yes, they cannot get this vaccine, they may need specialist advice. Talk to the vaccination team. If no, GO TO NEXT QUESTION.

Yes No



Czy wystąpiła u Ciebie poważna reakcja alergiczna (szok anafilaktyczny) wymagająca interwencji medycznej po przyjęciu poprzedniej dawki szczepionki? Czy jesteś uczulony na glikol polietylenowy? Jeśli tak - nie możesz się zaszczepić.

Yes No



Czy wystąpiła u Ciebie poważna reakcja alergiczna na Trometamol (składnik barwnika kontrastowego używanego przy badaniach radiologicznych MRI)? Jeśli tak, nie możesz się zaszczepić.

Yes No



Czy wystąpiła u Ciebie poważna reakcja alergiczna (szok anafilaktyczny) po przyjęciu wielu różnych leków, nie wiadomo dlaczego? Może to oznaczać, że jesteś uczulony na glikol polietylenowy. Jeśli tak - nie możesz się zaszczepić.

3. Have they ever had Mastocytosis (rare condition caused by an excess number of mast cells gathering in the body's tissues)

If yes, they can still get the vaccine, BUT, they should be observed for 30 minutes after they are vaccinated. If no, GO TO NEXT QUESTION.

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy kiedykolwiek chorowałeś na Mastocytozę? Jeśli tak - możesz się zaszczepić, ale powinieneś poddać się obserwacji przez 30 minut po zaszczepieniu.

4. Have you had Myocarditis (inflammation of the heart muscle) or Pericarditis (inflammation of the lining around the heart) after having a previous dose of COVID-19 vaccine?

If yes, you need to answer further question 4a. If no, GO TO QUESTION

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4a. Since you had myocarditis or pericarditis after a previous dose of COVID-19 vaccine a specialist doctor must approve you to get this vaccine. Has your COVID-19 vaccination been approved by a specialist doctor?

If yes, GO TO NEXT QUESTION. If no, you cannot get this vaccine. Talk to your specialist doctor to check if you are suitable for this or another type of COVID-19 vaccine.

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy chorowałeś na zapalenie mięśnia sercowego po poprzedniej dawce szczepionki? Jeśli tak - nie możesz się zaszczepić.
 Czy chorowałeś na zapalenie osierdzia po poprzedniej dawce szczepionki?
 Jeśli tak - patrz, pytanie dalej:
 4a. Jeżeli chorowałeś na zapalenie osierdzia po poprzedniej dawce szczepionki, lekarz specjalista musi potwierdzić, że jest to bezpieczne w Twoim przypadku. Jeżeli nie posiadasz potwierdzenia od lekarza specjalisty - nie możesz się zaszczepić.

Question 5 for children aged 5-11 years only

5. Has this child had multisystem inflammatory syndrome also called MIS-C (a rare syndrome usually treated in hospital) after a COVID-19 infection?

If yes, please answer question 5a and 5b

5a. Has this child clinically recovered from MIS-C?

If yes, this child can be vaccinated today. If no, this child cannot be vaccinated today.

5b. Has it been over 90 days since this child was diagnosed with MIS-C?

If yes, this child can be vaccinated today. If no, this child cannot be vaccinated today

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tylko w przypadku dzieci w wieku od 5 do 11 lat: Czy dziecko chorowało na pediatryczny wieloukładowy zespół zapalny po infekcji Covid-19? Jeśli tak:

Czy dziecko w pełni wyzdrowiało? Czy minęło ponad 90 dni od diagnozy? (Jeśli tak, dziecko może być zaszczepione)

6. Have they had the monkeypox or smallpox vaccine (Imvanex or Jynneos) in the last 4 weeks?

If yes, they cannot get this vaccine today. They need to wait 4 weeks after getting these vaccines before getting a COVID-19 vaccine.

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy w przeciągu ostatnich ostatnich 4 tygodni zaszczepiłeś się przeciwko małpiej/wietrznej ospie? Jeśli tak, poczekaj 4 tygodnie przed przyjęciem szczepionki na Covid-19.



7. If receiving your first or second dose of a COVID-19 vaccine, have you been diagnosed with COVID-19 (with a PCR or Antigen test) within the last four weeks?

If yes and receiving a first or second dose of a COVID-19 vaccine, you should delay getting a vaccine until you have recovered from COVID-19 and it has been at least four weeks since you tested positive or developed symptoms, or four weeks from your first positive PCR if you did not have symptoms. If no, GO TO NEXT QUESTION

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeśli to Twoja pierwsza/druga dawka szczepionki przeciw Covid-19, czy w przeciągu ostatnich 4 tygodni miałeś zdiagnozowany Covid (testem antygenowym lub PCR)? Jeśli tak, i jest to Twoja 1-2 dawka, poczekaj aż w pełni wyzdrowiejesz a następnie odczekaj 4 tygodnie.

8. Has this person tested positive (with a PCR or antigen test) for COVID-19 in the last 4 months?

If yes, they should delay getting an additional or booster dose of COVID-19 for 4 months after diagnosis or onset of symptoms. If no, GO TO NEXT QUESTION.

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Does this person have a bleeding disorder or are they on anticoagulation therapy?

If yes, they can still get a vaccine if they have a bleeding disorder or take anticoagulation medicines. But tell their vaccinator about their condition.

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy w przeciągu ostatnich 4 miesięcy miałeś Covid-19? Jeśli tak, odczekaj jeszcze 4 miesiące przed przyjęciem dawki przypominającej.

Czy masz zaburzenia krwawienia lub czy jesteś w trakcie terapii na antykoagulację? Nawet jeśli tak, możesz przyjąć szczepionkę, ale powiedz o tym osobie szczepiącej.

10. Is this person 29 years of age or younger?

If yes, they can be offered a dose of Comirnaty® or Comirnaty® RTU or Comirnaty® BA.1 or Comirnaty® BA.4 & BA.5. If no, they can be offered either a dose of Comirnaty® or Comirnaty® RTU or Comirnaty® BA.1 or Comirnaty® BA.4 & BA.5 COVID-19 vaccines and Moderna (Spikevax®) or Spikevax® BA.1

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Masz mniej niż 30 lat? Od tego zależy, jaką szczepionkę dostaniesz

11. For Moderna (Spikevax®) or Spikevax® BA.4 & BA.5. Has this person ever been diagnosed with capillary leak syndrome?

If yes, GO TO QUESTION 11a.

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11a. Has this person had a discussion on the risks and benefits of this vaccine with their GP or specialist doctor and they have approved the vaccine for them?

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tylko dla Moderny: Czy chorujesz na zespół przesiąkania włóściczek?

Jeśli tak: Czy omówiłeś ryzyka i korzyści wynikające ze szczepienia ze swoim lekarzem pierwszego kontaktu lub lekarzem specjalistą?

12. Is this person pregnant and attending for a second booster or subsequent booster?

If yes, GO TO QUESTION 12a.

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12a. Are you either under 16 weeks or already had a first booster in this pregnancy?

If yes, you are ineligible. You need to wait until you are 16 weeks pregnant before you can get the second or subsequent booster unless you are otherwise eligible with other risk factors (see latest NIAC guidelines).

You only need one booster dose per pregnancy.

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy jesteś w ciąży i jest to Twoja kolejna dawka przypominająca? Jeśli tak:

Jeśli ciąża nie trwa jeszcze 16 tygodni lub przyjęłaś już dawkę przypominającą, nie przysługuje Ci ta szczepionka, chyba że jesteś osobą o obniżonej odporności.

For people aged 16 years and older

One of these options is appropriate when establishing consent (please tick as appropriate)

1. The individual has consented to vaccination for COVID-19 and has been provided with written information, **OR**
2. The individual does not agree with COVID-19 vaccination and should not be vaccinated, **OR**
3. The individual cannot consent and they are being vaccinated for COVID-19 according to their benefit and will and preference, **AND**

The above is recorded in their healthcare record and includes information about any consultation that has taken place to help determine their will and preference.

Dla ludzi w wieku lat 16 i wzwyż:

Jedna z tych opcji odnosi się do decyzji o zgodzie pacjenta, zaznaczyć właściwe:

Pacjent zgodził się na przyjęcie szczepionki przeciw Covid-19 i dostał informacje na piśmie,

Pacjent nie zgadza się na szczepionkę przeciw Covid-19 i nie powinien się szczepić, LUB

Pacjent nie może wyrazić zgody i jest szczepiony przeciw Covid-19 zgodnie z jego korzyścią/wolą/preferencją,

Powyższe informacje znajdują się w książeczce zdrowia pacjenta, łącznie z jakąkolwiek konsultacją mającą na celu określenia jego woli i preferencji.

For people aged 15 years and younger

Please note only a parent or legal guardian can consent or refuse consent for people aged 15 years and younger.

I confirm that I am authorised to give consent on behalf of the above named young person.

I understand I am giving consent for the administration of a dose or for the primary course consent for the administration of two or three doses of COVID-19 at the appropriate interval.

Signature Date (DD/MM/YYYY)

Name (Please print) (Please tick) Parent Legal Guardian Self

This Young person assents to receiving the vaccine (Please tick)

Dla dzieci w wieku lat 15 i młodszych:

Tylko rodzic lub opiekun prawny może zgodzić się/odmówić zgody na szczepienie dzieci w wieku lat 15 i młodszych.

Potwierdzam, że jestem uprawniony do wyrażenia zgody na szczepienie wyżej nazwanego dziecka.

Rozumiem, że wyrażam zgodę na podanie jednej dawki/z góry wyrażam zgodę na podanie dwóch lub trzech dawek szczepionek przeciw Covid-19 w należyтым odstępie czasowym

Podpis/Data/Imię

Proszę zaznaczyć: Rodzic/Opiekun prawny/Osobiście

Dziecko wyraża zgodę na przyjęcie szczepionki.

Disclaimer (Zastrzeżenie)

Tłumaczenie zostało przygotowane przez Forum Polonia Ireland, ale nie jest oficjalnym, formalnym tłumaczeniem. Tłumaczenie ma ułatwić zrozumienie dokumentu, niemniej należy polegać na angielskiej wersji dokumentu a w razie wątpliwości - skonsultować treść dokumentu z Health Service Executive, albo z Twoim lekarzem pierwszego kontaktu.