

**MINISTERSTWO OBRONY NARODOWEJ  
DEPARTAMENT WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA**

---



**ANEKS z dnia 10 czerwca 2021 r.  
DO ZALECEŃ  
GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO WOJSKA POLSKIEGO  
DOTYCZĄCYCH RUCHU ŻOŁNIERZY I PERSONELU SIŁ SOJUSZNICZYCH,  
PARTNERSTWA DLA POKOJU ORAZ KRAJÓW PARTNERSKICH NA  
TERYTORIUM POLSKI – COVID - 19**

**WARSZAWA**

---

**2021**

## **I. Wprowadzenie**

Do *Zaleceń Głównego Inspektora Sanitarnego Wojska Polskiego z dnia 12 marca 2021 r. dotyczących ruchu żołnierzy i personelu Sił Sojuszniczych, Partnerstwa dla Pokoju oraz krajów partnerskich na terytorium Polski – COVID – 19* wprowadzana się regulacje celem uszczegółowienia zasad przeprowadzenia szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS CoV2 wynikające z obowiązujących przepisów prawa oraz kartą charakterystyki produktu leczniczego załączonej do preparatu szczepionkowego oraz formalnego określenia nazwy Centralnego Punktu Kontaktowego HNS (CPK HNS)<sup>1</sup>.

Ponadto, kierując się zasadą „minimalizacji danych” w myśl zapisów art. 5 ust. 1 lit. c) RODO o ograniczeniu przetwarzania danych do ścisłego minimum, na potrzeby monitorowania zachorowania na COVID-19 zaktualizowano formularz wywiadu epidemiologicznego w tym zakresie.

- 1. W pkt. 1) Żołnierzom, cywilnemu personelowi wojskowemu oraz kontraktorom przyjeżdżającym do Polski na więcej niż 72 h:**

### **Usunąć zapis:**

„- zaświadczenie w języku polskim lub języku angielskim o pełnym cyklu szczepienia przeciwko COVID 19 szczepionkami dopuszczonymi do obrotu w UE,”.

### **i nadać brzmienie:**

- zaświadczenie w języku polskim lub języku angielskim o posiadaniu pełnego cyklu szczepienia ochronnego przeciwko wirusowi SARS CoV-2 szczepionkami dopuszczonymi do obrotu w UE, który warunkuje uzyskanie odporności poszczepiennej przeciwko wirusowi SARS -CoV-2<sup>2</sup>; za pełny cykl szczepień ochronnych uznaje się przyjęcie dwóch dawek szczepionki ochronnej przeciwko wirusowi SARS CoV 2 (w przypadku szczepionki dwudawkowej) lub przyjęcie jednej dawki szczepionki ochronnej przeciwko wirusowi SARS CoV-2 (w przypadku szczepionki jednodawkowej).

- 2. Zapis „Komórka Wsparcia Państwa – Gospodarza (HNS)”**

### **Zastąpić brzmieniem:**

**Centralny Punkt Kontaktowy HNS (CPK HNS).**

<sup>1</sup> Zgodnie z Decyzją Nr 46/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 22 marca 2019 r. w sprawie funkcjonowania w resorcie obrony narodowej systemu wsparcia przez państwo-gospodarza (HNS).

<sup>2</sup> Jest to stan po 2 tygodniach od przyjęcia drugiej dawki szczepionki dwudawkowej lub po przyjęciu pierwszej dawki preparatu jednodawkowego przeciwko wirusowi SARS CoV-2 - zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.

3. **Usunąć Załącznik nr 1**

"Formularz wywiadu epidemiologicznego realizowany na potrzeby monitorowania zachorowań na COVID-19"

**i zastąpić Załącznikiem nr 1 w brzmieniu:**

**Formularz wywiadu epidemiologicznego realizowany na potrzeby monitorowania zachorowań na COVID-19 - wersja (A).**

GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY WP  
*Tadeusz Mierębiński*  
płk lek. med. mgr farm. Tadeusz MIEREBIŃSKI

# **FORMULARZ WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO REALIZOWANEGO NA POTRZEBY MONITOROWANIA ZACHOROWAŃ NA COVID-19 –WERSJA (A)**

1. Stopień, imię i nazwisko:.....,

2. ID numer /DoD ID#:.....,

3. Data urodzenia (DD/MM/RRRR):.....,

4. Adres pobytu (w Polsce), JW/Instytucja, nr. telefonu:.....

5. Dane dotyczące pobytu w kraju i poza granicami państwa przez ostatnie 14 dni: (np. Chiny, Indie, Południowa Afryka, Iran, Włochy , inne):

| L.p. | Miejsce (kraj) | Czas       |            | Uwagi |
|------|----------------|------------|------------|-------|
|      |                | od (DD/MM) | do (DD/MM) |       |
|      |                |            |            |       |
|      |                |            |            |       |
|      |                |            |            |       |

6. Rodzaj służby (np. personel medyczny, cywilny personel, żołnierze, kontraktorzy etc.).....

7 Kontakt z osobą chorą lub podejrzaną o zachorowanie wywołane SARS-CoV-2 (jeśli tak? Podać okoliczności.....

8. Objawy infekcji dróg oddechowych przez ostatnie 14 dni:

1)gorączka (above 38°C/100,4 F) .....

2) kaszel.....

3) duszności.....

4) ból gardła.....

5) objawy ze strony układu oddechowego.....

7) utrata węchu, smaku .....

9. Inne objawy chorobowe:

.....

.....

.....

**10. Badania diagnostyczne w kierunku wirusa SARS-CoV-2:**

• **PCR test:**

NIE ☐ TAK ☐ Data wykonania testu (DD/MM/RRRR) :.....

Wynik: negatywny ☐ pozytywny ☐

• **antygenowy test**

NIE ☐ TAK ☐ Data wykonania testu (DD/MM/RRRR) :.....

Wynik: negatywny ☐ pozytywny ☐

• **badania serologiczne**

NIE ☐ TAK ☐ Data wykonania testu (DD/MM/RRRR) :.....

Wynik: .....

**11. Izolacja/hospitalizacja:**

Czy był chory i izolowany/hospitalizowany w związku z COVID-19?:

Jeśli TAK: Szpital/Izolatorium....., kraj, miasto .....

Data przyjęcia .....

Izolacja– od .....do.....

Pobyt na intensywnej terapii: NIE ☐ TAK ☐

**12. Kwarantanna:**

NIE ☐ TAK ☐ (DD/MM/RRRR) od..... do.....

**13. Szczepienie przeciwko wirusowi SARS CoV-2**

TAK ☐ NIE ☐ Producent szczepionki .....

1 Dawka(DD/MM/RRRR) .....2 Dawka (DD/MM/RRRR) .....

**14. Inne ważne informacje.....**

.....

(data)

.....

( podpis)