

Dotazník před očkováním proti onemocnění COVID-19 Informovaný souhlas s očkováním

Zdravotnický pracovník, který provedl poučení:

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození: Rodné číslo:

Adresa:

Telefonní číslo:..... E-mail:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Tento dotazník slouží lékaři ke zhodnocení okolností Vašeho **zdravotního stavu**, které by mohly mít vliv na Vaše plánované očkování proti onemocnění COVID-19.

Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůže být očkován/a. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á	Ano*	Ne*	Poznámka
Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?	Ano*	Ne*	
Byl/a jste již očkován/a proti nemoci COVID-19	Ano*	Ne*	
Měl/a jste někdy závažnou alergickou (tzv. anafylaktickou) reakci, pro kterou jste musel/a být léčen/a adrenalinem nebo hospitalizován/a?	Ano*	Ne*	
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?	Ano*	Ne*	
Máte nějakou závažnou poruchu imunity?	Ano*	Ne*	
Jste těhotná nebo kojíte?	Ano*	Ne*	
Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?	Ano*	Ne*	

*Nehodící se škrtněte

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékařem **nezamlčel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

Dnešního dne jsem byl/a zdravotnickým pracovníkem poučen/a o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

Zdravotní výkon: OČKOVÁNÍ PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID 19

TYP VAKCÍNY: COVID-19 Vaccine Moderna
Datum aplikace 1. dávky.....

šarže:

TYP VAKCÍNY: COVID-19 Vaccine Moderna
Datum aplikace 2. dávky.....

šarže:

TYP VAKCÍNY: COVID-19 Vaccine Moderna
Datum aplikace 3. dávky.....

šarže:
dodatečná / posilující dávka

Účelem tohoto zdravotního výkonu je: Aktivní imunizace proti onemocnění COVID-19 způsobeným virem SARS-CoV-2

Zdravotní výkon bude probíhat takto: Po desinfekci kůže bude vakcína injekčně aplikována do oblasti deltového svalu (horní část paže).

Byl/a jsem poučen/a, že doporučený výkon má následující rizika: V místě podání vakcíny může dojít k místní reakci (tj. zarudnutí, zatvrdnutí, bolestivosti, ojediněle provázené zduřením místních uzlin různého rozsahu) ustupující obvykle bez léčby. Výjimečně dochází k tvorbě uzlu nebo sterilního abscesu (dutiny s hnisem) v místě vpichu. Celková reakce se nejčastěji projeví teplotou, bolestí hlavy a svalů, únavou. Bezprostřední alergická reakce je vzácná. Velmi výjimečně se může rozvinout anafylaktický šok.

Údaje o léčebném režimu: Po aplikaci jakékoliv vakcíny je doporučeno 30 minut setrvat v čekárně zdravotnického zařízení. Jeden až dva dny je doporučen režim bez větší fyzické a psychické zátěže, včetně slunění a saunování, omezení konzumace alkoholických nápojů. Od podzimu do jara, v období zvýšeného výskytu onemocnění dýchací soustavy, se nedoporučuje po očkování navštěvovat společenské akce, kde je soustředěno větší množství lidí.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti: Při nekomplikovaném průběhu bez omezení – viz výše.

Byl/a jsem poučen/a, že jako alternativu místo shora uvedeného doporučeného výkonu lze provést: V současné době neexistuje efektivnější metoda k předcházení nebo zmírnění průběhu tohoto infekčního onemocnění.

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že zdravotnický pracovník, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně rozuměl/a, a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu a souhlasím s aplikací očkovací látky proti onemocnění COVID-19.

V Ostravě dne:

.....
Vlastnoruční podpis očkovaného pacienta

.....
Vlastnoruční podpis zákonného zástupce

..... Datum:
Jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka, který poučení a výkon provedl

.....
Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat