

Dotazník před očkováním proti COVID-19

Vyplňte *hůlkovým písmem*:

Jméno a příjmení: **Národnost:**

Rodné číslo: **Zdravotní pojišťovna:**

Datum narození: **Obec:** **PSČ:**

Mobilní telefon: **e-mail:**

Jste registrován k očkování na dnešní den? ANO NE

Zaškrtněte

- přicházím k 1. dávce očkování proti covidu-19
- přicházím k 2. dávce
- předchozí očkování bylo (čím a kdy):
- přicházím k 3. dávce
- předchozí očkování bylo (čím a kdy):
- mám zájem o určitou vakcínu, pokud bude k dispozici
 - Comirnatí (Pfizer) Moderna Janssen
- Pokud jste již byl/a očkován/a proti covidu-19, měl/a jste nějakou závažnou reakci?
 - NE ANO, jakou

AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV

Tento dotazník slouží lékařům ke zhodnocení okolností Vašeho **zdravotního stavu**, které by mohly mít vliv na očkování proti COVID-19. Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůžete být očkován/a.

	ANO	NE
Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á		
Prodělal/a jste COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?		
Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování?		
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?		
Máte nějakou závažnou poruchu imunity?		
Jste těhotná nebo kojíte?		
Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?		

Informace pro očkované

- Mějte **zakrytá ústa a nos** (respirátor), **dezinfikujte si ruce**.
- Očkování se aplikuje **do svalu v oblasti ramene**.
- Po očkování musíte **počkat nejméně 15 minut v čekárně** pro případ, že by se Vám udělalo nevolno. Pokud by se tak stalo, **informujte okamžitě personál**.
- V den očkování je vhodné dodržovat **klidový režim**.
- Po očkování se u Vás může projevit bolest, zarudnutí nebo otok v místě injekce, únava, bolest hlavy, bolest svalů či kloubů a méně často i zvětšení mízních uzlin, nevolnost, třesavka, zvýšená teplota nebo zimnice. Příznaky obvykle do několika dní **samey odezní** bez nutnosti léčby. V případě, že potíže přetrvávají déle jak tři dny, dochází k jejich zhoršení či se projeví jiné příznaky, kontaktujte svého praktického lékaře.
- Po první dávce ještě není Vaše ochrana dostatečná a můžete se stále nakazit. Dodržujte proto všechna **opatření k zabránění Vaši nákazy** (roušky, rozestupy, pravidelné mytí a dezinfekce rukou).
- Na druhou dávku očkování se **dostavte v den i přesný čas**, který Vám byl přidělen.

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.

Souhlasím s aplikací očkovací látky proti onemocnění COVID-19.

Podpis očkovaného / zákonného zástupce:

Datum:

VYPLŇUJE OČKOVACÍ MÍSTO:

Podpis zdravotnického pracovníka, který očkovanému podal informace a získal jeho informovaný souhlas s očkováním proti COVID-19:

Podpis a razítko:

Datum:

Záznam ve zdravotnické dokumentaci dle § 1 odst. 2 písm. h) vyhlášky č. 98/2012 Sb.:

Název očkovací látky: číslo šarže:

Aplikována dne: