

Záznam o informovaném souhlasu s aplikací vakcíny proti nemoci COVID-19 - COMIRNATY

Jméno a příjmení pacienta

Bydliště Pojišťovna

--	--	--

Email:

Rodné číslo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 / Mobilní tel. číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIKAČNÍ SKUPINA (kromě věkových indikací, zakřížkujte dle specializace lékaře, který Vám dal kód):

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prac. ve zdravotnictví | <input type="checkbox"/> Prac. ve školství | <input type="checkbox"/> Kritická infrastruktura | <input type="checkbox"/> Bezpečnostní sbory |
| <input type="checkbox"/> Onkologické onem. | <input type="checkbox"/> Onemocnění srdce | <input type="checkbox"/> Onemocnění plic | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (I., II. typu) |
| <input type="checkbox"/> Obezita (BMI 35+) | <input type="checkbox"/> Onemocnění ledvin | <input type="checkbox"/> Onemocnění jater | <input type="checkbox"/> Pacienti v traspl. programu |
| <input type="checkbox"/> Zvýšení krevní tlak | <input type="checkbox"/> Neurologické onem. | <input type="checkbox"/> Vrozený nebo získaný kognitivní deficit | |
| <input type="checkbox"/> Vzácné genetické onemocnění | <input type="checkbox"/> Závažné oslabení imunitního systému | | |

Pokud patříte do skupiny „chronicky nemocných“ musíte se prokázat lékařskou zprávou potvrzující Váš stav.

Vážený pane, vážená paní,

dostavil/a jste se dobrovolně k aplikaci očkovací látky (COMIRNATY) proti nemoci COVID-19. Očkovací látka Comirnaty je určena k prevenci nemoci COVID-19 způsobené koronavirem SARS-CoV-2. Tento dokument obsahuje informace, které Vám mají pomoci porozumět prospěchu a rizikům spojeným s podáním vakcíny. Pokud i po přečtení této informace máte jakékoli další otázky, poraďte se s ošetřujícím lékařem nebo očkujícím personálem.

CO BYSTE MĚL (A) SDĚLIT PŘED OČKOVÁNÍM ZDRAVOTNICKÉMU PERSONÁLU?

Prosíme o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který lékaři pomůže určit, zda by pro Vás z očkování mohlo vyplynout nějaké speciální riziko. V případě závažné poruchy imunity, závažné alergické reakci v minulosti, krvácivé poruchy nebo těhotenství se poradíte se zdravotnickým personálem, zda je pro Vás očkování vhodné. Zdravotnickému personálu byste také měli sdělit, pokud u Vás probíhá jakékoli akutní onemocnění. Pokud u Vás probíhá onemocnění COVID-19 nebo jen na něj podezření nebo jste v karanténě kvůli kontaktu s nemocnou osobou, neměli byste na očkování chodit, protože můžete ohrozit očkující personál a ostatní očkované, se kterými přijdete do kontaktu v očkovacím centru.

Tento dotazník nám pomůže určit, zda by se dnešní očkování mělo provést nebo odložit. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte „ano“, neznamená to, že nemůžete být očkovan (a). Pokud Vám některá otázka není jasná, nechte si ji vysvětlit od očkujícího personálu.

	ANO	NE
Cítíte se dnes nemocný(á)		
Prodělal(a) jste nemoc COVID-19 nebo jste měl(a) pozitivní test v posledních 3 měsících		
Byl(a) jste někdy očkován(a) proti nemoci COVID-19		
Měl(a) jste někdy závažnou alergickou (tzv. anafylaktickou) reakci, pro kterou jste musel/a být léčen(a) adrenalinem nebo hospitalizován(a)		
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na „ředění“ krve		
Máte nějakou závažnou poruchu imunity		
Jste těhotná		
Absolvoval(a) jste v posledních dvou týdnech nějaké očkování?		

KDO BY NEMĚL BÝT VAKCÍNOU COMIRNATY OČKOVÁN?

Vakcínou nesmí být očkována osoba, která měla závažnou alergickou reakci po předchozí dávce. Vakcína je též kontraindikována u osob, které měly v minulosti závažnou alergickou reakci na kteroukoliv pomocnou látku ve vakcíně obsaženou. Pokud jste měli v minulosti závažnou alergickou reakci, musíte o tom informovat očkovací personál.

JAK SE VAKCÍNA COMIRNATY PODÁVÁ?

Vakcína Vám bude aplikována injekčně do svalu na rameni. Nejdříve 38-42 dní po první dávce je potřeba podat druhou dávku. Vakcína není zaměnitelná za očkovací látku proti nemoci COVID-19 od jiného výrobce. Při očkování druhé dávky byste u sebe měli mít záznam o předchozí aplikaci první dávky.

JAKÝ MŮŽETE MÍT Z OČKOVÁNÍ PROSPĚCH?

V klinických studiích byla zjištěna vysoká účinnost (92-100 %) 7 dní po aplikaci 2. dávky vakcíny v prevenci onemocnění COVID-19. Očkování ale neposkytuje všem očkovaným osobám záruku ochrany. Trvání ochrany v současnosti není známo. Po aplikaci 1. dávky vakcíny nejste plně chráněni a je třeba dodržovat běžné zásady ochrany proti nemoci COVID-19.

JAKÁ S SEBOU NESE OČKOVÁNÍ RIZIKA?

Během klinických studií byly zjištěny tyto nežádoucí účinky: bolest a svědění v místě aplikace injekce (> 80 %), únava (> 60 %), bolest hlavy (> 50 %), bolesti svalů a zimnice (> 30 %), bolesti kloubů (> 20 %), horečka a zduření v místě injekce (> 10 %). Vyskytovala se nevolnost, nespavost, malátnost či periferní paréza lícního nervu. Tyto nežádoucí účinky byly zpravidla mírné nebo střední intenzity a odezněly během několika dní po vakcinaci.

Někteří lidé mohou vzácně mít po podání očkovací látky alergickou reakci, která se nejčastěji projevuje jako svědivá vyrážka, problémy s dýcháním, otok obličeje nebo jazyka. V případě, že se u Vás taková alergická reakce vyskytne, neprodleně kontaktujte svého praktického lékaře nebo v mimopracovní dny navštivte pohotovostní lékařskou službu.

V případě ohrožení života a zdraví volejte Zdravotnickou záchrannou službu na telefonním čísle 155. Bez včasné pomoci lékaře může dojít k újmě na zdraví, ve výjimečném případě můžete být také ohrožen (a) na životě. Vzácné nežádoucí účinky se v probíhajících studiích i rozsáhlých vakcinačních kampaních stále sledují.

JAK SNÍŽIT RIZIKO ZÁVAŽNÝCH NEŽÁDOUCÍCH REAKCÍ?

Po každém očkování je vyžadováno vyčkání ve zdravotnickém zařízení 15 minut po vakcinaci. V následných dnech po očkování se doporučuje dodržovat alespoň další 3 dny klidový režim. V případě rozvoje závažných potíží mimo zdravotnické zařízení volejte Zdravotnickou záchrannou službu na telefonním čísle 155.

Pročetl/a jsem, porozuměl/a jsem textu a měl/a jsem možnost klást dotazy. Prohlašuji, že nevím o žádném důvodu, který by mi bránil v aplikaci této očkovací látky. Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s možnými vedlejšími účinky. Těmto informacím rozumím a nemám žádné otázky ani nejasnosti. Byl/a jsem poučen/a o způsobu aplikace vakcíny a postvakcinačním režimu. Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem informován/a a beru na vědomí, že předpokládaného výsledku uvedeného zdravotního výkonu nemusí být dosaženo.

Souhlasím s provedením očkování.

Podpis očkovaného:

Datum:

Podpis očkovacího zdravotníka:

Datum:

Zde vyplní pracovník zařízení, kde bude vakcína podána:

#	Datum očkování	Místo vpichu (nehodící škrtnout)		Sériové číslo/datum expirace	Vakcínu podal (iniciály)	Zařízení, kde byla vakcína aplikována
1. dávka		P paže	L paže			
2. dávka		P paže	L paže			

Verze souhlasu Comirnaty 1.2