Dotazník před očkováním nezletilého proti COVID-19

Vyplňte hůlkovým písmem:

Jméno a příjmení: …… Národnost: ……

Rodné číslo: …… Zdravotní pojišťovna: ……

Datum narození: …… Obec: …… PSČ: ……..

Mobilní telefon zákonného zástupce: ……

E-mail zákonného zástupce: ….……

Tento dotazník slouží lékaři ke zhodnocení okolností **zdravotního stavu** Vašeho dítěte, které by mohly mít vliv na 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 dítě očkováno. V případě nejasností se obraťte na pracovníky očkovacího místa, kteří Vám s vyplněním dotazníku pomohou.

	ANO	NE
Cítí se Vaše dítě v tuto chvílí nemocné? Má nějaké známky nemoci?		
Prodělo Vaše dítě onemocnění COVID-19?		
Bylo Vaše dítě již očkováno proti nemoci COVID-19?		
Mělo Vaše dítě někdy závažnou alergickou reakci po očkování?		
Má Vaše dítě nějaké chronické onemocnění nebo trvale užívá léky?		
Má Vaše dítě nějakou závažnou poruchu imunity?		
Absolvovalo Vaše dítě v posledních 2 týdnech nějaké jiné očkování?		
Plánujete v nejbližších týdnech nějaké jiné očkování?		

Informace pro očkované / zákonné zástupce

- 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 očkovanému udělalo nevolno. Pokud by se tak stalo, **informujte okamžitě personál.**
- V den očkování je vhodné dodržovat **klidový režim**.
- Po očkování se 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 **samy odezní** bez nutnosti léčby. V případě, že potíže přetrvávají déle jak tři dny, dochází k jejich zhoršení či se projeví jiné příznaky, kontaktujte 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.
- O provedeném očkování **informujte praktického lékaře** pro děti a dorost.

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

Souhlasím s aplikací očkovací látky proti onemocnění COVID-19 svému dítěti.

Jméno zákonného zástupce (hůlkovým písmem): ……..

Podpis zákonného zástupce: Datum:

Totožnost zákonného zástupce ověřena dle občanského průkazu č.: …….

VYPLŃUJE OČKOVACÍ MÍSTO:

Podpis zdravotnického pracovníka, který očkovanému e jeho zákonnému zástupci 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: ……