Dotazník před očkováním proti covidu-19 a chřipce

Vyplňte čitelně 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

K jaké dávce očkování proti covidu-19 přicházíte? Zaškrtněte:

☐ k 1. dávce ☐ k 2. dávce ☐ ke 3. dávce ☐ ke 4. dávce

- poslední očkování bylo (čím a kdy): …….…….

Mám zájem o určitou vakcínu, pokud bude k dispozici

☐ Comirnati (Pfizer) ☐ Moderna ☐ Novavax

Mám zájem o současné očkování proti chřipce ☐ ANO ☐ NE

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 lékaři 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 v posledních 30 dnech?		
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

- Doporučujeme **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 **samy 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 lékaři **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:

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

Název očkovací látky proti covidu-19: ……. číslo šarže: ……

Název očkovací látky proti chřipce: Vaxigrip Tetra 0,5 ml i.m. číslo šarže: ……

Aplikována dne: ……

Podpis zdravotnického pracovníka, stvrzující poskytnutí informací očkovanému, získání jeho informovaného souhlasu s očkováním a provedení vakcinace:

……