

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

Jméno a příjmení			
Rodné číslo		Pojišťovna	
Adresa trvalého pobytu			
Telefon		e-mail	

Tento dotazník nám pomůže se rozhodnout, zda je možné bezpečně aplikovat **2. dávku** očkovačích látek. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte **ANO**, **neznamená** to, že nemůže být očkován/a. V případě, že Vám některá otázka není jasná, nechte si ji vysvětlit personálem ambulance.

Prosíme o vyplnění následujících údajů:**ANO** **NE**

Cítíte se v současné době nemocný/á	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodělal/a jste v období od aplikace první dávky vakcíny onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl/a jste po očkování závažnou alergickou (tzv. anafylaktickou) reakci ? Například takovou, kdy jste musel/a dostat injekci adrenalinu (případně EpiPen), kortikosteroidy nebo jste musel/a být léčen/a ve zdravotnickém zařízení?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl/a jste nějakou zásadnější nežádoucí reakci po očkování ? (Mírná bolest v místě vpichu není nežádoucí reakce, je očekávaná.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaškrtněte příznaky, které jste měl/a po prvním očkování . Pokud ano, připište k příznaku jak dlouho (kolik hodin, dnů)		
Zvýšená teplota do 38°C do 39°C vyšší než 39°C		
kopřivka		
vyrážka		
rýma, kašel		
bolesti hlavy		
bolesti v krku		
bolest či zarudnutí v místě vpichu		
jiné bolesti (jaké)?		
jiné obtíže (jaké)?		
Trpíte poruchou krevní srážlivosti nebo užíváte léky na ředění krve ? Pokud ano, napište název léku .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste těhotná nebo kojící žena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podání očkovačích látek může někdy vyvolat **alergickou reakci**, která se může projevovat 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, při závažné reakci kontaktujte zdravotní záchrannou službu na tel. 155.

Souhlas pacienta

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.

Na základě těchto mě poskytnutých informací **prohlašuji, že souhlasím s aplikací 2. dávky očkovací látky** proti onemocnění COVID-19.

Podpis očkovaného:	Datum:
Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře: (podpis a razítko)	Datum: