

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Očkování proti nemoci COVID-19

Vážená paní, Vážený pane,

pokud s tím budete souhlasit, bude Vám podána očkovací látka (dále jen „očkovací látka“), která je určena pro lidi od 16 let věku.

Je to očkovací látka, která má zabránit tomu, abyste onemocněl(a) nemocí COVID-19, kterou způsobuje virus SARS-CoV-2.

Očkovací látka Vám bude podána injekčně do ramenního svalu. Po podání očkovací látky se doporučuje pečlivé sledování Vašeho zdravotního stavu zpravidla po dobu třiceti minut, a to na místě, kde se provádí očkování.

K plnému účinku je třeba, abyste podstoupil(a) očkování dvěma dávkami. Druhá dávka Vám bude stejným způsobem podána 90 dní po podání první dávky. Termín očkování druhé dávky Vám sdělí očkující lékař. Je velmi důležité, abyste podstoupil(a) i očkování druhou dávkou, jinak Vás nemusí očkovací látka vůbec nebo dostatečně ochránit proti onemocnění COVID-19.

Po podání vyvolá očkovací látka přirozenou výrobu protilátek a povzbudí imunitní buňky, aby Vás ochránily proti onemocnění COVID-19.

Ochrana proti onemocnění COVID-19 nemusí být dostatečná dříve než sedmý den po podání druhé dávky očkovací látky, tj. cca měsíc po první dávce očkování. Do té doby je nutné se chovat podle doporučených hygienicko-epidemiologických postupů k ochraně vlastního zdraví i zdraví ostatních.

Někteří lidé mohou mít po podání očkovací látky alergickou reakci, která se může projevat 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. Bez včasné pomoci lékaře může dojít k újmě na zdraví, ve výjimečném případě může být pacient(ka) také ohrožen(a) na životě.

Záměr podstoupit očkování proti onemocnění COVID-19 zkonzultujte se svým praktickým lékařem, pokud:

- jste měl(a) vážnou alergickou reakci na jiné očkování, léčivý přípravek nebo potraviny,
- jste měl(a) problémy po podání první dávky očkovací látky proti onemocnění COVID-19, jako je alergická reakce nebo potíže s dýcháním,
- nyní máte vážné onemocnění doprovázené vysokou horečkou; avšak mírně zvýšená teplota nebo lehká infekce horních cest dýchacích, jako je nachlazení, nebo prodělané onemocnění COVID-19 nejsou důvodem k odložení očkování,
- máte oslabený imunitní systém, např. v důsledku infekce HIV, nebo užíváte léky, které negativně ovlivňují imunitní systém,
- máte problémy s krvácením, snadno se Vám tvoří modřiny nebo užíváte léky, které omezují srážlivost krve.

Jestliže jste těhotná, kojíte, myslíte, že můžete být těhotná, nebo plánujete otěhotnět, zkonzultujte podstoupení očkování se svým lékařem. Těhotným nebo kojícím ženám se očkování nedoporučuje.

Pokud po konzultaci se svým lékařem máte pochybnosti ohledně vhodnosti očkování kvůli Vaší specifické situaci (např. vzácné onemocnění, vzácná kombinace onemocnění nebo postižení atp.) neváhejte se poradit s Vaším odborným lékařem. O Vašich komplikacích informujte před očkováním očkujícího lékaře.

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

Cítíte se dnes nemocný(á)?	Ano*	Ne*
Prodělal(a) jste nemoc COVID-19 nebo jste měl(a) pozitivní test?	Ano*	Ne*
Byl(a) jste někdy očkován(a) proti nemoci COVID-19?	Ano*	Ne*
Měl(a) jste někdy závažnou alergickou (tzv. anafylaktickou) reakci, pro kterou jste musel/a být léčen(a) adrenalinem nebo hospitalizován(a)?	Ano*	Ne*
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na „ředění“ krve?	Ano*	Ne*

Máte nějakou závažnou poruchu imunity?	Ano*	Ne*
Jste těhotná nebo kojíte?	Ano*	Ne*

Očkovací látka může vyvolat nežádoucí účinky. Pokud se vyskytnou, jsou zpravidla lehké a odezní během několika málo dní.

- U více než jednoho očkovaného z deseti se může vyskytnout bolest nebo zduření v místě vpichu injekce, únava, bolest hlavy, svalů nebo kloubů, zimnice nebo horečka.
- U méně než jednoho očkovaného z deseti se může vyskytnout otok nebo zarudnutí v místě vpichu injekce nebo pocit na zvracení.
- U méně než jednoho očkovaného ze sta se může vyskytnout zvětšení lymfatických uzlin nebo malátnost.

V případě, že se u Vás některý z nežádoucích účinků vyskytne, informujte svého praktického lékaře.

Stejně jako v případě jiných očkovacích látek, ani tato očkovací látka nemusí plně ochránit očkovaného proti nemoci.

Pokud máte jakékoli otázky k očkovací látce nebo k očkování, zeptejte se prosím očkujícího lékaře.

Zdroj textu: MZ ČR

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
Bydliště:		

Plánovaný výkon:

Očkování proti nemoci COVID-19 (ASTRA-ZENECA)

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Zlonicích
dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce, opatrovníka