



## INFORMOVANÝ SOUHLAS S PODÁNÍM OČKOVACÍ LÁTKY COVID – 19

Vážená paní / Vážený pane,

tento dokument obsahuje informace, které Vám mají pomoci porozumět prospěchu a rizikům spojeným s podáním vakcíny.

Projev(a) jste zájem o očkování proti nemoci COVID-19. Bude Vám podána očkovací látka, která je určena pro osoby od 16 let věku. Cílem očkování je zabránit vzniku onemocnění COVID-19, kterou způsobuje virus SARS-CoV-2.

Pokud i po přečtení této informace máte jakékoli další otázky, máte možnost konzultace svého záměru o očkování s lékařem. Níže uvedený dotazník nám pomůže určit, zda by se očkování mělo provést nebo odložit.

### Posouzení rizika

Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte “ano”, **neznamená to**, že nemůžete být očkován(a).

**ODPOVĚĎ PROSÍM ZAKROUŽKUJTE!!!**

|  |     |    |
|--|-----|----|
| Prodělal(a) jste v posledním týdnu nějaké infekční onemocnění?   | ANO | NE |
| Máte nějakou lékovou alergii?  | ANO | NE |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• V případě že odpovíte ANO, napište jakou:</li> </ul>  |     |    |
| Prodělal jste onemocnění Covid-19, případně pozitivní test PCR? Kdy?   | ANO | NE |
| Měl(a) jste v minulosti po nějakém očkování závažnou alergickou reakci? (alergie, šok, dechové obtíže, astmatický záchvat, nevolnost, zvracení, vyrážka, otoky)      | ANO | NE |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• V případě že odpovíte ANO, napište jakou:</li> </ul>  |     |    |
| Měl(a) jste závažnou alergickou reakci po předchozím očkování proti Covid-19   | ANO | NE |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• V případě že odpovíte ANO, napište jakou:</li> </ul>  |     |    |
| Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na “ředění” krve?  | ANO | NE |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• V případě že odpovíte ANO, napište jaké:</li> </ul>   |     |    |
| Máte nějakou závažnou poruchu imunity?   | ANO | NE |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• V případě že odpovíte ANO, napište jakou:</li> </ul>  |     |    |
| Jste těhotná nebo kojíte?  | ANO | NE |
| Máte specifický zdravotní stav vyžadující individuální přístup personálu? <i>např. smyslové postižení, tělesné postižení, duševní onemocnění, specifické potřeby</i> | ANO | NE |
| Je vzhledem k vašemu specifickému zdravotnímu stavu nutná asistence jiné osoby při návštěvě OČM?   | ANO | NE |
| Máte aktuálně nějaké omezení pohyblivosti nebo orientace? <i>např. hůl, francouzské berle, ortopedický vozík, rolátor?</i>   | ANO | NE |
| Absolvoval/a jste v poslední době nebo v blízké době plánujete nějaké jiné očkování?   | ANO | NE |

Očkovací látka Vám bude podána injekčně do nedominantní paže (rameno). Účinnost vakcinace je podle klinických studií vysoká, avšak není stoprocentní. Může se stát, že i přes vakcinaci onemocníte nemocí COVID-19. Plný účinek vakcinace nastává zhruba 14 dní po aplikaci druhé dávky. Do té doby je nutné se chovat podle doporučených hygienicko-epidemiologických postupů k ochraně vlastního zdraví i zdraví ostatních. Doba ochrany poskytovaná vakcínou není známa.

V současné době je možné podání 3. dávky – ta je možná pouze na doporučení odborného lékaře nebo na základě příchozí SMS od MZ ČR o možnosti očkování 3. dávkou.

**Certifikát** očkovaného si můžete stáhnout na stránkách <https://ocko.uzis.cz/>, kde najdete také podrobný návod a postup.

Očkovací látka může vyvolat nežádoucí účinky. Pokud se vyskytnou, jsou zpravidla lehké a odezní během několika málo dní. **Po aplikaci očkovací látky je nutné setrvat alespoň 15 minut v čekárně pro případ, že by došlo k nějaké reakci na očkování a vy jste potřebovali pomoc zdravotnického personálu.** Dodržujte prosím toto pravidlo.

Nežádoucími účinky mohou být: bolest nebo zduření v místě vpichu injekce, únava, bolest hlavy, svalů nebo kloubů, zimnice nebo horečka, zduření v podpaží, nevolnost, zvracení, ojediněle se může vyskytnout vyrážka, zarudnutí nebo kopřivka v místě injekce. Vzácně se může vyskytnout dočasná jednostranná obrna lícního nervu nebo zduření obličeje (zduření obličeje se může vyskytnout u pacientů, kterými byly aplikovány injekce do obličeje v rámci kosmetických výkonů).

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, v případě jeho nedostupnosti zdravotnickou záchrannou službu. Bez včasné pomoci lékaře v případě silné alergické reakce může dojít k újmě na zdraví, ve výjimečném případě můžete být také ohrožen(a) na životě.

Dva dny po očkování se vyvarujte výraznější fyzické námahy.

## Informovaný souhlas s očkováním:

### Datum očkování:

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Jméno a příjmení očkovaného |  |
| Adresa bydliště             |  |
| Rodné číslo, kód pojišťovny |  |
| Mobilní telefon             |  |
| e-mailová adresa            |  |

Pročetl(a) jsem a 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. Těmito informacím rozumím a nemám žádné otázky ani nejasnosti.

**Podpis očkovaného:**

**Razítko a podpis lékaře:**