

Poučenie a Informovaný súhlas pacienta s poskytovaním zdravotnej starostlivosti – očkovaním proti ochoreniu COVID-19

podľa § 6 zákona NR SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Titul, meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo:....., Trvalý pobyt/bydlisko*:

Tel.č. Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) o účele, povahe, následkoch a rizikách
očkovania proti ochoreniu COVID-19, priebehu očkovania a možných ťažkostiach po očkovaní:

Ochranou pred ochorením sú protiepidemické opatrenia – prekrytie dýchacích ciest (použitie rúšky), hygiena rúk, dodržiavanie odstupov a **očkovanie. Očkovanie znamená podanie očkovacej látky (vakcíny)**, ktorou môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia. **Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach.**

K bežným ťažkostiam po očkovaní patrí bolesť, začervenanie v mieste vpichu, mierne celkové prejavy – mierne zvýšená telesná teplota, mierne bolesti svalov, prípadne bolesti hlavy.

Vzhľadom k prebiehajúcej pandémie ochorenia COVID19 **svojím podpisom vyjadrujem súhlas s očkovaním**, ktoré znižuje riziko vzniku ochorenia COVID-19 spôsobeného vírusom SARS-CoV-2.

Písomné informácie o vakcíne sú zverejnené na stránke: www.sukl.sk, v priestoroch pracoviska Fakultnej nemocnice Trnava, a na www.fntt.sk

Vyhlasujem, že poučenie o očkovaní mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas.

Poučeniu som porozumel(a). Toto vyhlásenie dávam pri plnom vedomí a svojím podpisom potvrdzujem, že som právne spôsobilý(á) samostatne sa rozhodovať bez akéhokoľvek obmedzenia mojej spôsobilosti na právne úkony a moja vôľová stránka nie je oslabená danosťou môjho zdravotného stavu.

V Trnave, dňa:

.....
podpis pacienta /zákonného zástupcu*

.....
titul, meno, priezvisko, podpis
odtlačok pečiatky lekára

*nehodiace sa prečiarknite

Informácie o spracúvaní Vašich osobných údajov v zmysle zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov sú zverejnené na webovej stránke Fakultnej nemocnice Trnava <http://fntt.sk/index.php/gdpr>.

Dotazník pred podaním očkovacej látky proti COVID-19

Dátum a čas očkovania:

Identifikačné údaje pacienta

Meno a priezvisko:

Adresa:

Rodné číslo:

Poist'ovňa:

Anamnestické otázky pre pacienta:

Otázka	ÁNO	NIE
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37° C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)		
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?		
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?		
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody po podaní vakcíny ?		
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?		
Ste tehotná ?		

Podpis očkovanej / očkovaného:

.....

Dátum:

Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:

.....

Dátum: