

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta
podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

rodné číslo: _____

bydlisko (ulica, č. domu, PSČ, obec): _____

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): _____

Novovzniknuté ťažkosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA - nejadrová RNA kódujúca 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.

Dolu podpísaný/á _____

potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska Lešťan Martin, MUDr. (Lešťan)

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi **súhlasím**. Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na pracovisku Lešťan Martin, MUDr. (Lešťan) bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na pracovisku Lešťan Martin, MUDr. (Lešťan) trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V _____

.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť
(prípadne jej zákonného zástupcu)

DOTAZNÍK PRED PODANÍM OČKOVACEJ LÁTKY PROTI COVID-19

Poliklinika Sabinov, n.o. SNP 1, 083 01 Sabinov

Dátum a čas očkovania: _____

Identifikačné údaje pacienta: _____

r.č.: _____

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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody po podaní vakcíny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ste tehotná?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podpis očkovanej / očkovaného: _____

Dátum: _____

Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka: _____

Dátum: _____

©CompuGroup Medical Slovensko s.r.o.