

Dotazník před očkováním proti COVID-19

Vyplňte hůlkovým písmem:

Jméno a příjmení: Národnost:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:

Datum narození: Obec: PSČ:

Mobilní telefon: e-mail:

PŘÍSLUŠNOST K PRIORITY SKUPINĚ

Zaškrtněte - slouží k evidenci Vaší příslušnosti k prioritní skupině pro očkování.

Profesní prioritní skupiny

- Zdravotničtí pracovníci ARO, JIP
- Zdravotničtí pracovníci Urgentní příjem
- Zdravotnická záchranná služba
- Zdravotničtí pracovníci Infekce
- Zdravotničtí pracovníci Plicní
- Pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví provádějící epidemiologická šetření
- Laboratorní pracovníci zpracovávající biologické vzorky k vyšetření na covid-19
- Pracovníci a klienti v sociálních službách
- Praktičtí lékaři, zubní lékaři, farmaceuti
- Pracovníci kritické infrastruktury - integrovaný záchranný systém, pracovníci energetiky, vláda, krizové štáby
- Ostatní pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví
- Ostatní zdravotničtí pracovníci
- Zaměstnanci Ministerstva obrany
- Pedagogičtí pracovníci

- Ostatní pracovníci ve školství
- Bezpečnostní sbory

Osoby s chronickým onemocněním

- Hematoonkologické onemocnění
- Onkologické onemocnění (solidní nádory)
- Závažné akutní nebo dlouhodobé onemocnění srdce
- Závažné dlouhodobé onemocnění plic
- Diabetes mellitus
- Obezita
- Jiné závažné onemocnění
- Závažné dlouhodobé onemocnění ledvin
- Závažné dlouhodobé onemocnění jater
- Stav po transplantaci nebo na čekací listině
- Hypertenze
- Závažné neurologické nebo neuromuskulární onemocnění

AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV

Tento dotazník slouží lékařům ke zhodnocení okolností Vašeho **zdravotního stavu**, které by mohly mít vliv na očkování proti COVID-19. Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamena** to, že nemůže být očkován/a.

	ANO	NE
Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á		
Prodělal/a jste COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?		
Byl/a jste již očkován/a proti nemoci COVID-19		
Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování?		
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?		
Máte nějakou závažnou poruchu imunity?		
Jste těhotná nebo kojíte?		
Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?		

Informace pro očkované

- Mějte **zakrytá ústa a nos** (respirátor), **dezinfikujte si ruce**.
- Očkování se aplikuje **do svalu v oblasti ramene**.
- Po očkování musíte **počkat nejméně 15 minutv čekárně** pro případ, že by se Vám udělalo nevolno. Pokud by se tak stalo, **informujte okamžitě personál**.
- V den očkování je vhodné dodržovat **klidový režim**.
- Po očkování se u Vás může projevit bolest, zarudnutí nebo otok v místě injekce, únava, bolest hlavy, bolest svalů či kloubů a méně často i zvětšení mízních uzlin, nevolnost, třesavka, zvýšená teplota nebo zimnice. Příznaky obvykle do několika dní **samy odezní** bez nutnosti léčby. V případě, že potíže přetrvávají déle jak tři dny, dochází k jejich zhoršení či se projeví jiné příznaky, kontaktujte svého praktického lékaře.
- Po první dávce ještě není Vaše ochrana dostatečná a můžete se stále nakazit. Dodržujte proto všechna **opatření k zabránění Vaši nákazy** (roušky, rozestupy, pravidelné mytí a dezinfekce rukou).
- Na druhou dávku očkování se **dostavte v den i přesný čas**, který Vám byl přidělen.

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékař **nezamířel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

Souhlasím s aplikací očkovací látky proti onemocnění COVID-19.

Podpis očkovaného / zákonného zástupce:

Datum:

VYPLŇUJE OČKOVACÍ MÍSTO:

Podpis zdravotnického pracovníka, který očkovanému podal informace a získal jeho informovaný souhlas s očkováním proti covid-19:

Podpis a razítko:

Datum:

Záznam ve zdravotnické dokumentaci dle § 1 odst. 2 písm. h) vyhlášky č. 98/2012 Sb.:

Název očkovací látky: číslo šarže:

Aplikována dne: