

POSKYTOVATEĽ ZS:

Mihop, s.r.o., Agátová 62, Šafa, 927 05, Mobilné očkovacie zariadenie MV-155

Miesto vakcinácie: .....

**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, čís .domu, miesto, PSČ): .....

.....

Telefónne číslo.....

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky proti SARS-Cov-2 je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu 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.

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](http://www.sukl.sk) a na mieste vakcinácie -.....

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 – nesúhlasím.\*** Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať v mobilnom očkovacom zariadení **MV-155** bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v mobilnom očkovacom zariadení MV-155 na mieste..... trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V ..... dňa ..... čas .....

.....

podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....

podpis osoby, ktorej sa poskytuje

zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)

\* nehodiace preškrtnúť

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

**Mihop, s.r.o., Agátová 62, Šaľa, 927 05, Mobilné očkovacie zariadenie MV-155**

Miesto vakcinácie: .....

Dátum a čas očkovania: .....

Identifikačné údaje pacienta:

Meno, priezvisko, titul: .....

Rodné číslo: .....

**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: .....