

Informovaný souhlas s aplikací očkovací látky proti nemoci Covid-19

Vážená paní, vážený pane,

Informovaný souhlas znamená, že budete v následujícím textu podrobně, odborně a pro Vás srozumitelně poučen/a o navrhovaném postupu zdravotního výkonu. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích zdravotního výkonu.

Název zdravotní služby (výkonu): Podání očkovací látky proti nemoci Covid-19

1. Důvod a cíl výkonu

Podání očkovací látky zabraňující nemoci COVID-19, kterou způsobuje virus SARS-CoV-2. Po podání vyvolá očkovací látka přirozenou výrobu protilátek a povzbudí imunitní buňky, které Vás ochrání proti onemocnění COVID-19.

2. Povaha a následky výkonu

Očkovací látka je určena pro osoby od 16 let věku a podává se injekčně do ramenního svalu. K plnému účinku je třeba, abyste podstoupil/a očkování dvěma dávkami. Druhá dávka Vám bude podána dle doporučení výrobce. Je velmi důležité, podstoupení očkování druhou dávkou, jinak Vás nemusí očkovací látka vůbec nebo dostatečně ochránit proti onemocnění COVID-19.

3. Rizika výkonu

Očkovací látka může vyvolat nežádoucí účinky. Pokud se vyskytnou, jsou zpravidla lehké a odezní během několika dní. Nežádoucími účinky mohou být: bolest, zduření, otok nebo zarudnutí v místě vpichu injekce, únava, bolest hlavy, svalů nebo kloubů, zimnice, horečka, pocit na zvracení, ojediněle zvětšení lymfatických uzlin nebo malátnost. V případě, že se u Vás některý z nežádoucích účinků vyskytne, informujte svého praktického lékaře.

Některé osoby mohou mít po podání očkovací látky alergickou reakci, která se může projevat 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, bez včasné lékařské pomoci může dojít k újmě na zdraví nebo ohrožení na životě.

Záměr podstoupit očkování konzultujte se svým praktickým lékařem, pokud:

- jste měl/a vážnou alergickou reakci na jiné očkování, léčivý přípravek nebo potraviny;
- jste měl/a problémy po podání první dávky očkovací látky proti nemoci COVID-19;
- nyní máte onemocnění doprovázené vysokou horečkou;
- máte oslabený imunitní systém, nebo užíváte léky, které negativně ovlivňují imunitní systém;
- máte problémy s krvácením, snadno se Vám tvoří modřiny nebo užíváte léky na ředění krve;
- jste těhotná, kojíte, myslíte, že můžete být těhotná, nebo plánujete otěhotnět.

4. Omezení, doporučení ve způsobu života

Po podání očkovací látky se doporučuje sledování Vašeho zdravotního stavu po dobu třiceti minut, a to na místě, kde se provádí očkování. Dostatečná ochrana proti nemoci COVID-19 nemusí být dříve než sedmý den po podání druhé dávky očkovací látky, tj. cca měsíc po první dávce očkování. Do té doby je nutné se chovat podle doporučených hygienicko-epidemiologických postupů k ochraně vlastního zdraví i zdraví ostatních.

5. Alternativy výkonu

Očkování nelze nahradit žádnou alternativou.

Pokračování na straně 2 →



Jméno a příjmení očkované osoby:

Rodné číslo:

Kód zdravotní pojišťovny:

Adresa bydliště:

Vyjádření lékaře

Prohlašuji, že jsem vysvětlil/a podstatu výhody zdravotní služby (výkonu) očkované osobě (zák. zástupci) způsobem, který byl podle mého soudu pro ni/něho (pro ně) srozumitelný. Rovněž jsem ji/ho seznámil/a s předpokládanou úspěšností tohoto výkonu, s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi.

Seznámil/a jsem očkovanou osobu (zák. zástupce) a s problémy, které mohou nastat po výkonu.

Jméno a příjmení lékařky/lékaře:

Podpis: Datum:

Vyjádření očkované osoby (zákonného zástupce):

1. Přečtěte si laskavě pozorně informace na obou stranách formuláře informovaného souhlasu
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se zeptat lékaře.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Já, očkováná osoba (zák. zástupce)

prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu/lékařského postupu, byl/a jsem též informován/a o některých možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu/postupu. Byl/a jsem rovněž informován/a o možných problémech po výkonu.

Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- ✓ s uvedeným zdravotním výkonem,
- ✓ s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

Jsem srozuměn/a s tím, že uvedený zdravotní výkon nemusí být proveden lékařem, který mne ošetřoval.

Podpis očkované osoby (zák. zástupce):.....Datum:.....

V případě, že se očkováná osoba nemůže podepsat:

Důvod:

Způsob projevu souhlasu:

Svědek (jméno a příjmení podpis svědka):