Krajská zdravotní, a.s.
nemocnice Ústeckého kraje

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 PRIORITNÍ 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 lékaři 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, **neznamená** 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 lékaři **nezamlčel/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:

VYPLŃUJE 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: ……