|  |  |
| --- | --- |
| LOGO BARVA (3) | **Informovaný souhlas s APLIKACÍ OČKOVACÍ LÁTKY COMIRNATY COVID-19 MRNA VACCINE PROTI NEMOCI COVID-19** |
|  | **IS-46**  |
| **Identifikační údaje pacienta/ky:** |  |
| **Jméno a příjmení:** |  |  |
| **Rodné číslo:** |  |  |
| **Trvalé bydliště:** |  |  |
| **Zdravotní pojišťovna:** |  |  |
|  |  |  |
| **Identifikační údaje zákonného zástupce:** |  |
| **Jméno a příjmení:** |  |  |
| **Doložení dokladu k ověření identity:** |  |  |
| **Trvalé bydliště:** |  |  |
| **Vztah k pacientovi:** |  |  |
| ***AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV******Prosíme, zaškrtněte jednu z možností, u kladných odpovědí vypište, upřesněte:***Vztahují se na Vás karanténní opatření ve vztahu k nemoci COVID-19** NE  ANO**Objevila se u Vás někdy v minulosti alergická reakce po očkování? ** NE  ANO Jaká? ..............................................................**Probíhá u Vás momentálně horečnaté onemocnění nebo akutní infekce? ** NE  ANO** Trpíte v současnosti intenzivními projevy chronického onemocnění? ** NE  ANO** Máte nějakou závažnou poruchu imunity?** NE  ANO** Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?** NE  ANO** Byl/a jste již očkován/a proti nemoci COVID-19?** NE  ANO**Byl/a jste očkován/a v posledních dvou týdnech (jiné očkování než proti nemoci COVID-19)** NE  ANO** Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?** NE  ANO** Jste těhotná nebo kojíte?** NE  ANO** |

|  |
| --- |
| **PŘÍSLUŠNOST K PRIORITNÍ SKUPINĚ** |
| **Profesní prioritní skupiny**□ Zdravotničtí pracovníci Oddělení ARO, JIP□ Zdravotničtí pracovníci Urgentní příjem□ Zdravotnická záchranná služba□ Zdravotničtí pracovníci Infekční oddělení□ Zdravotničtí pracovníci Plicní oddělení□ Pracovníci orgánů ochrany veřejnéhozdraví provádějící epidemiologická šetření□ Laboratorní pracovníci zpracovávajícíbiologické vzorky k vyšetření na covid-19□ Pracovníci a klienti v sociálních službách□ Všeobecní praktičtí lékaři pro děti a dorost,zubní lékaři, farmaceuti□ Pracovníci kritické infrastruktury -integrovaný záchranný systém, pracovnícienergetiky, vláda, krizové štáby□ Ostatní pracovníci orgánů ochranyveřejného 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 dlouhodobéonemocnění 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 neboneuromuskulární onemocnění |

1. **Význam a výhody očkování proti nemoci COVID-19:**

Podání očkovací látky má zabránit, abyste onemocněl (a) nemocí COVID-19, kterou způsobuje virus SARS- CoV-2. Očkovací látka vyvolá přirozenou tvorbu protilátek a povzbudí imunitní buňky, aby Vás ochránily proti onemocnění COVID-19.

1. **Informace o očkování proti nemoci COVID-19:**

K dosažení plného účinku je třeba podstoupit očkování dvěma dávkami. Druhá dávka Vám bude podána za 21-42 dní po podání první dávky. Termín očkování druhé dávky Vám bude sdělen ze strany nemocnice v dostatečném předstihu. Je velmi důležité, abyste podstoupil (a) také druhou dávku, jinak Vás nemusí očkovací látka proti nemoci COVID-19 ochránit vůbec nebo dostatečně.

1. **Způsob aplikace očkovací látky:**

Očkovací látka Vám bude podána injekčně do deltového svalu. Používané injekce a způsob podání jsou obdobné jako u jiných druhů očkování.

1. **Doba ochrany po očkování:**

Na základě současného stavu vědeckého poznání nelze zatím zcela přesně stanovit míru a dobu ochrany po očkování. V průběhu dalších let od zavedení očkování budou tyto informace upřesňovány. Ochrana proti onemocnění COVID-19 nemusí být dostatečná dříve než sedmý den po podání druhé dávky očkovací látky, tj. asi měsíc po první dávce očkování. Do té doby je nutné se chovat podle doporučených hygienicko-epidemiologických postupů k ochraně vlastního zdraví i zdraví ostatních.

1. **Účinnost očkování:**

U aktuálně používaných očkovacích látek byla v klinickém hodnocení prokázána cca 95 % účinnost. Stejně jako v případě jiných očkovacích látek, ani vakcína proti nemoci COVID-19 nemusí ochránit úplně všechny očkované.

1. **Pro koho je očkování doporučeno:**

Očkovat se mohou osoby ve věku 16 let a starší. Očkovány budou také osoby, které prodělaly onemocnění COVID-19, obvykle po uplynutí 90 a více dnů od skončení příznaků COVID-19.

Mírně zvýšená teplota nebo lehká infekce horních cest dýchacích, jako je nachlazení, nejsou důvodem k odložení očkování.

1. **Kdy není vhodné očkování provádět:**

Podle dostupných informací se očkování nedoporučuje těhotným nebo kojícím ženám.

Očkování se nedoporučuje také osobám, které v minulosti prodělaly závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci.

1. **Bezpečnost podání očkovací látky a možné nežádoucí účinky očkování:**

Očkovací látka od neobsahuje samotný virus a nemůže vyvolat onemocnění COVID-19.

* 1. Bezprostřední reakce po očkování:

Závažná alergická reakce po očkování (anafylaxe) je extrémně vzácná a může nastat po jakémkoli očkování. Někteří lidé mohou mít po podání očkovací látky alergickou reakci, která se může projevovat jako svědivá vyrážka, problémy s dýcháním, otok obličeje nebo jazyka. V případě, že se u Vás taková alergická reakce vyskytne, neprodleně kontaktujte lékaře očkovacího centra. Bez včasné pomoci lékaře může dojít k újmě na zdraví, ve výjimečném případě může být pacient (ka) také ohrožen (a) na životě. Abyste tak mohl (a) učinit, bude Vám doporučeno po očkování setrvat 30 minut na místě, kde se očkování provádí.

* 1. Pozdější reakce na očkování:

Očkovací látka může vyvolat nežádoucí účinky. Pokud se vyskytnou, jsou zpravidla lehké a odezní během několika málo dní. U více než jednoho očkovaného z deseti se může vyskytnout bolest nebo otok v místě vpichu injekce, únava, bolest hlavy, bolest svalů nebo kloubů, zimnice nebo horečka. U méně než jednoho očkovaného z deseti se může vyskytnout zarudnutí v místě vpichu injekce nebo pocit na zvracení. U méně než jednoho očkovaného ze sta se může vyskytnout zvětšení lymfatických uzlin nebo malátnost nebo jiné nežádoucí účinky.

1. **Doporučení po očkování:**

Po podání očkovací látky se doporučuje pečlivé sledování Vašeho zdravotního stavu zpravidla po dobu třiceti minut, a to na místě, kde se provádí očkování. Vyvarujte se výraznější fyzické námahy dva dny po očkování. V případě, že se následně po očkování u Vás vyskytne některý z nežádoucích účinků, informujte lékaře.

1. **Zpracování osobních údajů:**

Byl(a) jsem seznámen(a) s informacemi o zpracování a ochraně mých osobních údajů podle čl. 13 a byl(a) jsem poučen(a) o právech dle čl. 15 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, Obecné nařízení o ochraně osobních údajů, jak jsou k dispozici v provozních prostorách správce Městská nemocnice Městec Králové.

**Souhlas s poskytováním zdravotní péče**

Prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o veškerých shora uvedených skutečnostech a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **souhlasím / nesouhlasím\*** s aplikací očkovací látky, zároveň prohlašuji, že nevím o žádném důvodu, který by bránil v podání očkovací látky (např. těhotenství).

 **………………………… …………………………………………………………........**

 **Datum Podpis pacienta (zákonného zástupce/opatrovníka\*\*)**

 **………………………… …………………………………………………………........**

 **Datum Podpis a razítko lékaře**

*Zdravotní stav nedovoluje pacientovi se podepsat (důvod)* …………………………………………..…………………….

*Svoji vůli (souhlas / nesouhlas\*) projevil:* …………......................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………........………* | *……………………………………………………* |
| *Jmenovka a podpis zdravotnického pracovníka* | *Jmenovka a podpis svědka* |

**Přílohou tohoto Informovaného souhlasu je podrobná informace o podávané vakcíně, vydaná očkovanému.**