

**DOTAZNÍK
PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19**

Jméno a příjmení*

Rodné číslo*..... Pojišťovna*

Tel.* e-mail*

Tento dotazník slouží lékařům ke zhodnocení okolností Vašeho **zdravotního stavu**, které by mohly mít vliv na Vaše plánované očkování proti onemocnění Covid-19.

Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůže být naočkován/a. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

Prosíme o doplnění Vašich anamnestických údajů*:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Prodělal/a jste onemocnění Covid-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Byl/a jste již očkovan/a proti nemoci COVID-19? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Máte nějakou krvácivou poruchu nebo užíváte léky na ředění krve? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Máte závažnou poruchu imunity? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Jste těhotná nebo kojíte? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

Někdy může vyvolat 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 svého praktického lékaře, při závažné reakci kontaktujte zdravotní záchrannou službu tel. 155.

Souhlas pacienta

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékařem **nezamlčel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu, **rozumím poskytnutým informacím** a měl/a jsem možnost položit lékařovi doplňující dotazy o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

Souhlasím s aplikací očkovací látky proti onemocnění Covid-19.

Podpis očkovaného:

Datum:.....

Posouzení zdravotního stavu před aplikací: způsobilý nezpůsobilýJméno a příjmení ošetřujícího lékaře:.....
(razítko a podpis lékaře)

* vyplní pacient