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: .....

POSKYTOVATEĽ ZS:

Mihop, s.r.o., Agátová 62, Šaľa, 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): ……..……..

……..

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): ……..

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 krátkodobo 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 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