

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, č. domu, miesto, PSČ): ..…….....................................................................................….......................................................

……………………………………………………………………………………………………………….. ..............................................................................................

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

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:....................................................................................................................................................

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

....................................................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky 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/absolvuje maloletý 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 v priestoroch pracoviska ..........................................(doplniť očkovacie miesto).

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi ako zákonnému zástupcovi maloletého bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som ako zákonný zástupca maloletého 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 na .............................(doplniť očkovacie miesto) bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na...........................................(doplniť očkovacie miesto) 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



**Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti**

Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

Námestie L. Svobodu 1

975 17 Banská Bystrica

Dátum a čas očkovania:

Identifikačné údaje pacienta:

Meno, priezvisko, 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 ( apr. 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: