

PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

Pacient: _____	
R.Č.: _____	
Bydliště: _____	
ZP: _____	
Zákonný zástupce: _____	Tel.: _____
Plánovaný výkon: Podání očkovací látky proti onemocnění COVID-19	
Oddělení: _____	

Vážená paní, vážený pane,

rozhodl(a) jste se, že provedení doporučeného výkonu svěříte našemu oddělení. Děkujeme vám za důvěru. Prosíme vás, abyste si bedlivě pročetl(a) následující informaci a stvrdil(a) svým podpisem, že jste se s jejím obsahem seznámil(a) a dáváte souhlas k výkonu. Považujeme za svoji povinnost informovat vás o výkonu srozumitelnou a pravdivou formou, ve které nezamělujeme žádnou závažnou skutečnost. Pokud vám něco nebude jasné, obraťte se na přijímajícího nebo ošetřujícího lékaře, respektive na primáře oddělení, kteří vám rádi podají podrobnější vysvětlení.

Záznam o rozsahu podaných informací

Účel, povaha a předpokládaný prospěch zdravotního výkonu:

Je to očkovací látka, která má zabránit tomu, abyste onemocněl(a) nemocí COVID-19, kterou způsobuje virus SARS-CoV-2.

Očkovací látka Vám bude podána injekčně do ramenního svalu. Po podání očkovací látky se doporučuje pečlivé sledování Vašeho zdravotního stavu zpravidla po dobu třiceti minut, a to na místě, kde se provádí očkování.

K plnému účinku je třeba, abyste podstoupil(a) očkování dvěma dávkami. Druhá dávka Vám bude stejným způsobem podána s určitým odstupem od první dávky. Tento časový odstup se řídí aktuálním doporučením Ministerstva zdravotnictví ČR. Termín očkování druhé dávky Vám bude přidělen. Je velmi důležité, abyste podstoupil(a) i očkování druhou dávkou, jinak Vás nemusí očkovací látka vůbec nebo dostatečně ochránit proti onemocnění COVID-19.

Po podání vyvolá očkovací látka přirozenou výrobu protilátek a povzbudí imunitní buňky, aby Vás ochránily proti onemocnění COVID-19.

Ochrana proti onemocnění COVID-19 nemusí být dostatečná dříve než sedmý den po podání druhé dávky očkovací látky, tj. cca měsíc po první dávce očkování. Do té doby je nutné, ale i poté se doporučuje, se chovat podle doporučených hygienicko-epidemiologických postupů k ochraně vlastního zdraví i zdraví ostatních.

Následky a možná rizika zdravotního výkonu:

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 volejte zdravotnický personál, který provádí očkování. Bez včasné pomoci lékaře může dojít k újmě na zdraví, ve výjimečném případě může být pacient(ka) také ohrožen(a) na životě.

Záměr podstoupit očkování proti onemocnění COVID-19 zkonzultujte s lékařem očkovací ambulance, pokud:

- jste měl(a) vážnou alergickou reakci na jiné očkování, léčivý přípravek nebo potraviny,
- jste měl(a) problémy po podání první dávky očkovací látky proti onemocnění COVID-19, jako je alergická reakce nebo potíže s dýcháním,
- nyní máte vážné onemocnění doprovázené vysokou horečkou; avšak mírně zvýšená teplota nebo lehká infekce horních cest dýchacích, jako je nachlazení, nebo prodělané onemocnění COVID-19 nejsou důvodem k odložení očkování,
- máte oslabený imunitní systém, např. v důsledku infekce HIV, nebo užíváte léky, které negativně ovlivňují imunitní systém,
- máte problémy s krvácením, snadno se Vám tvoří modřiny nebo užíváte léky, které omezují srážlivost krve.

Je vytvořen dotazník, který před očkováním vyplníte a lékař očkovací ambulance jej vyhodnotí.

Jestliže jste těhotná, kojíte, myslíte, že můžete být těhotná, nebo plánujete otěhotnět, zkonzultujte podstoupení očkování se svým lékařem. Těhotným nebo kojícím ženám se očkování nedoporučuje.

Pokud po konzultaci s lékařem očkovací ambulance máte dále pochybnosti ohledně vhodnosti očkování kvůli Vaší specifické situaci (např. vzácné onemocnění, vzácná kombinace onemocnění nebo postižení atp.) neváhejte se poradit s Vaším odborným lékařem.

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 zduření v místě vpichu injekce, únava, bolest hlavy, svalů nebo kloubů, zimnice nebo horečka.

U méně než jednoho očkovaného z deseti se může vyskytnout otok nebo zarudnutí v místě vpichu injekce nebo pocit na zvracení.

U méně než jednoho očkovaného ze sta se může vyskytnout zvětšení lymfatických uzlin nebo malátnost.

Stejně jako v případě jiných očkovacích látek, ani tato očkovací látka nemusí plně ochránit očkovaného proti nemoci.

Alternativy zdravotního výkonu (pacient má právo zvolit jednu z alternativ):

Nejsou

Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

Omezení vyplývají z možných nežádoucích účinků.

Léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Ambulantní výkon, následně po očkování je doporučeno 30 minut sledování v čekárně.

Prohlášení pacienta nebo zákonného zástupce

Prohlašuji, že mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny tyto skutečnosti:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o provedení kontrolních zdravotních výkonů.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. V případě, že jsem zákonným zástupcem nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Pacientovi bylo ve smyslu § 2639 Občanského zákoníku podáno vysvětlení, že poskytnutou zdravotní péčí nemusí být vždy dosaženo jím očekávaného léčebného výsledku.

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.**

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Uherském Hradišti dne _____ v _____ hod. _____ min.

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Podpis lékaře

V případě že se pacient nemůže podepsat:

Důvod: _____,

Způsob projevu souhlasu: _____,

Jméno a příjmení svědka: _____ Podpis svědka: _____.