Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
IČ: 275 20 536

Část A) Vážená paní, vážený pane,
zdravotní výkon, který Vám doporučujeme, vyžaduje Váš INFORMOVANÝ SOUHLAS.
Informovaný souhlas znamená, že budete v následujícím textu podrobně, odborně a pro Vás srozumitelně poučen/a o navrhovaném postupu zdravotního výkonu. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích zdravotního výkonu.

Název zdravotní služby (výkonu): Podání očkovací látky COMIRNATY

1. Důvod a cíl výkonu
Podání očkovací látky zabraňující nemoci COVID-19, kterou způsobuje virus SARS-CoV-2. Po podání vyvolá očkovací látka přirozenou výrobu protilátek a povzbudí imunitní buňky, které Vás ochrání proti onemocnění COVID-19.

2. Povaha a následky výkonu
Očkovací látka je určena pro osoby od 12 let věku a podává se injekčně do ramenního svalu. K plnému účinku je třeba, abyste podstoupil/a očkování dvěma dávkami. Druhá dávka Vám bude podána v rozmezí 21–42 dní po podání dávky první. Je velmi důležité, podstoupení očkování druhou dávkou, jinak Vás nemusí očkovací látka vůbec nebo dostatečně ochránit proti onemocnění COVID-19.

Ochrana po očkování COVID-19 s časem postupně klesá. Dle studií dochází (zejména u osob z rizikových skupin) k významnému poklesu ochrany po 8 měsících od očkování.

Po uplynutí této doby je vhodné podat posilující dávku očkování. **U osob s velmi oslabenou imunitou na doporučení specialisty může být 3. dávka podána i dříve, a to za 4-8 týdnů po druhé dávce.**

3. Rizika výkonu
Očkovací látka může vyvolat nežádoucí účinky. Pokud se vyskytnou, jsou zpravidla lehké a odezní během několika málo dní. Nežádoucími účinky mohou být: bolest, zduření, otok nebo zarudnutí v místě vpichu injekce, únava, bolest hlavy, svalů nebo kloubů, zimnice, horečka, pocit na zvracení, ojediněle zvětšení lymfatických uzlin nebo malátnost. V případě, že se u Vás některý z nežádoucích účinků vyskytne, informujte svého praktického lékaře.
Některé osoby 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 svého praktického lékaře, bez včasné lékařské pomoci může dojít k újmě na zdraví nebo ohrožení na životě.
Záměr podstoupit očkování konzultujte se svým praktickým lékařem, 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 nemoci COVID-19;
- nyní máte onemocnění doprovázené vysokou horečkou;
- máte oslabený imunitní systém, nebo užíváte léky, které negativně ovlivňují imunitní systém;
- máte problémy s krvácením, snadno se Vám tvoří modřiny nebo užíváte léky na ředění krve;
- jste těhotná, kojíte, myslíte, že můžete být těhotná, nebo plánujete otěhotnět.

4. Hospitalizace a omezení, doporučení ve způsobu života
Po podání očkovací látky se doporučuje sledování Vašeho zdravotního stavu zpravidla po dobu patnácti minut, a to na místě, kde se provádí očkování.
Dostatečná ochrana proti nemoci COVID-19 nemusí být dříve než sedmý den po podání druhé dávky očkovací látky, tj. cca měsíc po první dávce očkování. Do té doby je nutné se chovat podle doporučených hygienicko-epidemiologických postupů k ochraně vlastního zdraví i zdraví ostatních.

5. Alternativy výkonu
Očkování nelze nahradit žádnou alternativou.

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
IČ: 275 20 536

razítko pracoviště

NEMOCNICE PARDUBICKÉHO KRAJE

Část B)
INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZDRAVOTNÍ SLUŽBOU

Podání očkovací látky COMIRNATY

Jméno a příjmení očkované osoby, rodné číslo, kód zdravotní pojišťovny, adresa bydliště:

Prohlašuji, že jsem vysvětlil/a podstatu a výhody zdravotní služby (výkonu) očkované osobě (zák. zástupci) způsobem, který byl podle mého soudu pro ni/něho (pro ně) srozumitelný. Rovněž jsem ji/ho seznámil/a s předpokládanou úspěšností tohoto výkonu, s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi.
Seznámil/a jsem očkovanou osobu (zák. zástupce) a s problémy, které mohou nastat po výkonu.

Jméno a příjmení lékařky/lékaře: .....

Podpis: ..... Datum: .....

Očkovaná osoba (zák. zástupce)

1) *Přečtěte si laskavě pozorně informace na všech stranách formuláře informovaného souhlasu části A i B.*
2) *Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se zeptat lékaře.*
3) *Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.*

Já, očkovaná osoba (zák. zástupce):
Prohlašuji, že jsem lékařem byl/a srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu/lékařského postupu uvedeného v části A i B, byl/a jsem též informován/a o některých možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu/postupu. Byl/a jsem rovněž informován/a o možných problémech po výkonu.
Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným zdravotním výkonem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

Jsem srozuměn/a s tím, že uvedený zdravotní výkon nemusí být proveden lékařem, který mne ošetřoval.

Podpis očkované osoby:
(zák. zástupce) .....

Datum: .....

V případě, že se očkovaná osoba nemůže podepsat:

Důvod:	
Způsob projevu souhlasu:	

Svědek:

jméno a příjmení **podpis svědka**