

**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 Original/Omicron BA.4/BA.5**

**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**

Comirnaty Original/Omicron BA.4/BA.5 lze použít u lidí ve věku 12 let a starších, nejméně 3 měsíce po poslední dávce vakcíny proti COVID-19. Podává se injekčně do ramenního svalu.

**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 projevat 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.



**Část B)  
INFORMOVANÝ SOUHLAS  
SE ZDRAVOTNÍ SLUŽBOU**

**Podání očkovací látky Comirnaty  
Original/Omicron BA.4/BA.5**

**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:	

**Svědék:**

**jméno a příjmení**

**podpis svědka**