



IVF Zlín  
Czech Republic



F 11.3

Klinika reprodukční medicíny a  
gynekologie Zlín  
U Lomu 638, 760 01 Zlín Tel.: 577  
005 911, IČ: 255 94 575,  
www.ivfzlin.cz

## Dotazník před očkováním a informovaný souhlas s očkováním proti onemocnění COVID-19

### Vyplní pacient

**Jméno a příjmení očkovaného:**

**Rodné číslo očkovaného (číslo pojištěnce u cizinců):**

**Zdravotní pojišťovna:**

**Telefonní číslo:**

**E-mail:**

Dotazník slouží ke zhodnocení okolností Vašeho **zdravotního stavu**, které by mohly mít vliv na Vaše plánované očkování proti onemocnění COVID-19. Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůže být očkován/a. V případě nejasností se obraťte na zdravotníka očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

### Vyplní pacient (zakřížkujte správnou odpověď)

	ANO	NE
Měl/a jste v minulosti závažnou alergickou reakci nebo potíže s dýcháním po nějakém očkování?		
Omdlel/a jste po nějaké injekci?		
Máte závažné onemocnění nebo infekci s vysokou horečkou?		
Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?		
Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test v posledních třech měsících?		
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve (Warfarin, Lawarin, Anopyrin, Pelentan apod.)?		
Máte nějakou závažnou poruchu imunity?		
Máte alergii na desinfekci nebo na léky?		
Trpíte nějakým chronickým onemocněním?		
Absolvoval/a jste v poslední době (poslední tři měsíce) nebo v blízké době plánujete nějaké jiné očkování?		
Ženy – jste těhotná nebo kojíte?		



IVF Zlín  
Czech Republic



F 11.3

Klinika reprodukční medicíny a  
gynekologie Zlín  
U Lomu 638, 760 01 Zlín Tel.: 577  
005 911, IČ: 255 94 575,  
www.ivfzlin.cz

Vyplni očkovací centrum (vypiště/zakroužkujte)

**Vakcína:** COMIRNATY OMICRON XBB.1.5.

**Dávka:**            první            následná č. ....

**Číslo šarže:** .....

**Expirace šarže:** .....

**Místo vpichu (paže):**    P            L

### Postup výkonu

Vakcína se aplikuje intramuskulárně (do svalu), přednostně do pažního deltového svalu nedominantní paže (u praváků do levé paže, u leváků do pravé paže). Po aplikaci doporučujeme setrvat v čekárně po dobu 15 minut z důvodu předcházení náhlé alergické reakce. Je nutné dodržet klidový režim 24 hodin po očkování – nesportovat, nepít alkohol, neplavat, nechodit do sauny apod.

### Možné komplikace a vedlejší reakce po očkování:

- *lokální* – citlivost až bolestivost v místě vpichu, zarudnutí v místě vpichu, svědění v místě vpichu
- *celkové* – „předchřipkové příznaky“ – únava, bolest kloubů, svalů, hlavy, zvýšená teplota, zimnice
- *u osob trpících závažným akutním horečnatým onemocněním nebo akutní infekcí* se podání vakcíny odloží
- *anafylaxe* – pro případ, že by po podání vakcíny došlo k anafylaktické reakci, je zajištěna okamžitá lékařská péče a dohled
- *reakce spojené s úzkostí* – psychogenní reakce na vpich jehlou – mohou se objevit reakce spojené s úzkostí, včetně vazovagálních reakcí (mdloby), hyperventilace nebo reakce spojené se stresem
- *u osob s trombocytopenií a poruchou koagulace* po intramuskulárním podání může dojít ke krvácení nebo tvorbě modřin

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékař **nezamlčel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění Covid-19 včetně možných nežádoucích účinků. Zároveň **souhlasím s aplikací očkovací látky** proti onemocnění Covid-19.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby tyto zákroky byly provedeny.

Ve Zlíně dne:

**Podpis očkovaného pacienta:** .....

Razítko a podpis očkovajícího zdravotníka:

Datum: