



## Informovaný souhlas pacienta s očkováním vakcínou proti nemoci COVID -19

Vážená paní, vážený pane,

Nejúčinnějším nástrojem zastavení a prevencí šíření nákazy onemocnění COVID-19, které bylo způsobeno novým typem viru SARS-CoV-2, a také jedinou ochranou jednotlivce proti nákaze, je očkování očkovací vakcínou. Očkování může podstoupit osoba starší 16 let. Tento zákrok však vyžaduje Váš souhlas. Než se rozhodnete výkon podstoupit, seznamte se, prosím, s informacemi o průběhu očkování, s riziky a případnými komplikacemi po očkování.

### Postup výkonu

Vakcína bude aplikována ve dvou dávkách s odstupem minimálně 21 dnů. Vakcína se aplikuje intramuskulárně (do svalu), přednostně do pažního deltového svalu nedominantní paže. U praváků do levé paže, u leváků do pravé paže.

Očkovat se může i osoba s prodělaným onemocněním COVID-19. Prodělané onemocnění COVID-19 není kontraindikací očkování.

Po aplikaci je nutné setrvat v čekárně po dobu 30 minut z důvodu předcházení náhlé alergické reakce. Je nutné dodržet klidový režim 24 hodin po očkování - nesportovat, neplavat, nepít alkohol, nechodit do sauny apod.

**Alternativa výkonu** - není

### Možné komplikace a reakce

Neexistuje bezrizikový výkon, i vakcinace může mít své komplikace

#### Vedlejší reakce:

- 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. Mírné infekce a/nebo horečky nízkého stupně nejsou důvodem k odložení vakcinace.
- 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



**Aby se minimalizovala možnost komplikací, prosím, před podáním vakcíny informujte lékaře nebo všeobecnou sestru, jestliže:**

- jste někdy měl(a) závažnou alergickou reakci nebo potíže s dýcháním po jakékoli jiné vakcíně podané v injekci nebo poté, co Vám byla v minulosti podána vakcína
- jste někdy omdlel(a) po jakékoli injekci
- máte závažné onemocnění nebo infekci s vysokou horečkou
- máte krvácivé potíže, lehce se Vám tvoří modřiny nebo užíváte lék, který zabraňuje srážení krve,
- máte alergii na desinfekci nebo na léky
- trpíte chronickým onemocněním - pokud ano, jakým .....
- užíváte lék s názvem Warfarin, Lawarin, Anopyrin nebo Pelentan
- máte oslabený imunitní systém, kvůli onemocnění, jako je infekce virem HIV, nebo užíváte lék, jako je kortikosteroid, který imunitní systém ovlivňuje.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením výkonu, uvedeného v tomto poučení.

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.

Pacient: \_\_\_\_\_

*Jméno, příjmení, datum narození*

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne:

Podpis pacienta/případně zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

Jméno a podpis lékaře, který provedl poučení: \_\_\_\_\_