

## Thông tin đồng ý của bệnh nhân cùng với việc can thiệp y tế Tiêm chủng COVID-19

<b>Tên, họ:</b>	
<b>Số sinh:</b>	
<b>Địa chỉ cư trú:</b>	
<b>Số hăng bảo hiểm sức khỏe:</b>	

### Thông tin về việc can thiệp y tế

#### Vắc xin

(tiếp theo chỉ gọi là „vắc xin“) để phòng ngừa bạn không bị nhiễm COVID-19 do tác dụng của virus SARS-CoV-2.

Vắc xin sẽ được tiêm vào bả vai của bạn. Chúng tôi khuyến cáo bạn sau khi tiêm vắc xin, bạn nên chờ đợi 30 phút tại nơi bạn đã được tiêm và bạn hãy theo dõi cẩn thận tình trạng sức khỏe của mình.

Để có hiệu quả đầy đủ, bạn cần được tiêm phòng hai liều. Liều thứ hai sẽ được tiêm cho bạn theo cách tương tự như liều đầu tiên. Bác sĩ tiêm chủng sẽ cho bạn biết ngày tiêm liều thứ hai. Nếu bạn không nhận được liều vắc xin thứ hai, vắc-xin có thể không bảo vệ bạn chút nào hoặc ít nhất là không đủ chống lại COVID-19.

Sau khi tiêm, vắc-xin sẽ kích hoạt sản xuất tự nhiên các kháng thể và khơi dậy các tế bào miễn dịch bảo vệ bạn chống lại COVID-19.

Sự bảo vệ chống lại COVID-19 có thể không đủ cho đến ngày thứ bảy sau khi tiêm liều vắc xin thứ hai, tức là khoảng một tháng sau liều đầu tiên. Cho đến lúc đó, cần phải ứng xử theo các quy trình vệ sinh - dịch tễ được khuyến cáo để bảo vệ sức khỏe của chính mình và sức khỏe của người khác.

#### Những mối nguy hiểm của việc can thiệp y tế:

Một số người có thể có phản ứng dị ứng sau khi tiêm vắc-xin, có thể bao gồm phát ban ngứa, khó thở hoặc sưng mặt hoặc lưỡi. Nếu bạn gặp phản ứng dị ứng, hãy liên hệ với bác sĩ của bạn ngay lập tức. Nếu không có sự trợ giúp kịp thời của bác sĩ có thể gây tổn hại đến sức khỏe, trường hợp cá biệt, bệnh nhân còn có thể nguy hiểm đến tính mạng.

Bạn hãy tham khảo ý kiến với bác sĩ riêng của mình khi có ý định tiêm chủng phòng chống COVID-19, đặc biệt nếu như:

- bạn đã có một phản ứng dị ứng nghiêm trọng với một loại vắc-xin, thuốc hoặc thực phẩm khác,
- bạn đã gặp vấn đề sau khi tiêm liều vắc xin COVID-19 đầu tiên, chẳng hạn như phản ứng dị ứng hoặc khó thở,
- bạn đang bị bệnh nặng kèm theo sốt cao; tăng nhẹ nhiệt độ hoặc nhiễm trùng nhẹ đường hô hấp trên, chẳng hạn như cảm lạnh hoặc đã bị nhiễm COVID-19, thế nhưng đó không phải là lý do để trì hoãn việc tiêm chủng,
- bạn bị suy giảm hệ thống miễn dịch (ví dụ như do nhiễm HIV) hoặc đang dùng các loại thuốc có ảnh hưởng tiêu cực đến hệ thống miễn dịch,
- bạn có vấn đề về chảy máu, dễ bị bầm tím hoặc đang dùng thuốc làm giảm đông máu,
- bạn đang mang thai, cho con bú, nghĩ rằng bạn có thể mang thai hoặc đang có kế hoạch sinh con; Không nên tiêm vắc xin cho phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

Nếu sau khi hỏi ý kiến bác sĩ, bạn nghi ngờ về sự phù hợp của việc tiêm chủng với tình trạng sức khỏe cụ thể của mình (ví dụ như bệnh hiếm gặp, kết hợp bệnh hiếm hoặc khuyết tật, v.v.), bạn hãy đừng ngần ngại tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa của bạn. Nói với bác sĩ tiêm chủng về các biến chứng của bạn trước khi tiêm chủng.

Vắc xin có thể tạo ra những tác dụng phụ. Nếu như có xảy ra, cũng thường là nhẹ và sẽ tự biến mất sau vài ngày.

Hơn 1/10 người được tiêm chủng có thể bị đau hoặc sưng tại chỗ tiêm, mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ hoặc khớp, ớn lạnh hoặc sốt.

Ít hơn 1/10 người được tiêm chủng có thể bị sưng hoặc tấy đỏ tại chỗ tiêm hoặc cảm thấy buồn nôn (nôn mửa). Ít hơn 1/100 có thể bị sưng hạch bạch huyết hoặc có tình trạng bất ổn.

Nếu bạn có bất kỳ tác dụng phụ nào như đã nêu, bạn hãy thông báo ngay cho bác sĩ đa khoa của bạn.

Cũng như các vắc-xin khác, vắc-xin này có thể không bảo vệ hoàn toàn người được tiêm chủng chống lại bệnh tật. Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào về vắc-xin hoặc các loại tiêm chủng, bạn hãy hỏi bác sĩ tiêm chủng.

#### Những phương pháp thay thế:

Trong thời điểm hiện tại không có bất kỳ một phương pháp quen thuộc nào để thay thế việc can thiệp y tế như đã nêu ở trên.

#### Chế độ điều trị, biện pháp phòng ngừa, thực hiện kiểm tra:

Sau khi tiêm xong bạn phải ở trong phòng chờ 30 phút. Nên tránh những hoạt động gắng sức đáng kể trong hai ngày sau khi tiêm vắc-xin.

#### Những câu trả lời và câu hỏi bổ sung của bệnh nhân (trong trường hợp nêu, rằng bệnh nhân không có bất kỳ một câu hỏi bổ sung nào)

Đồng ý của bệnh nhân hoặc người đại diện pháp lý của họ

Tôi là người ký tên dưới đây, phù hợp với các quy định tại điều §31 của luật số 372/2011 Sb., Về những Dịch vụ y tế và những điều kiện cung cấp (Đạo luật Dịch vụ Y tế), và trong những văn bản quy định tiếp theo, tôi tuyên bố, rằng tôi đã được bác sỹ thông báo rõ ràng về việc can thiệp y tế, mục đích và bản chất của nó, lợi ích mong đợi và hậu quả và rủi ro có thể xảy ra đối với việc thực hiện can thiệp y tế. Tôi biết rằng một số rủi ro nhất định có tồn tại trong mọi việc can thiệp y tế và chúng không thể xác định chính xác được trước.

Các dữ liệu và hướng dẫn đã được bác sỹ truyền đạt và giải thích cho tôi, tôi đã hiểu chúng và tôi đã có cơ hội để hỏi thêm và các câu hỏi đã được giải đáp.

Dựa trên những thông tin được cung cấp, sau khi trao đổi với bác sỹ và theo ý của mình, tôi đồng ý thực hiện việc can thiệp y tế như đã nêu ở trên.

Dữ liệu cá nhân sẽ được xử lý phù hợp theo Điều 6, khoản 1, chữ d), e) GDPR, nghĩa là do nhu cầu xử lý để bảo vệ lợi ích sống còn quan trọng của chủ thể dữ liệu và trong việc thực hiện nhiệm vụ vì lợi ích cộng đồng.

Dữ liệu cá nhân được gửi tới Cơ quan quản lý Tỉnh của Vùng Karlovy Vary liên quan đến sự điều phối cần thiết của chiến lược tiêm chủng của Tỉnh Karlovy Vary. Dữ liệu cá nhân sẽ được xử lý trong thời gian một cần thiết, trong thời gian đó cần phải ghi lại dữ liệu cá nhân liên quan đến việc giải quyết tình hình dịch tễ học. Sau khi hết thời gian cần thiết, tất cả dữ liệu cá nhân sẽ bị xóa bỏ.

Hướng dẫn: Chủ thể của những dữ liệu có quyền yêu cầu từ người kiểm soát dữ liệu quyền truy cập vào dữ liệu này, sửa hoặc xóa dữ liệu hoặc các hạn chế về xử lý và phản đối việc xử lý, cũng như quyền đối với việc chuyển tiếp các dữ liệu. Trong trường hợp chủ thể của những dữ liệu phát hiện hoặc cho rằng người kiểm soát đang xử lý dữ liệu cá nhân vi phạm pháp luật, cụ thể là nếu dữ liệu cá nhân không chính xác liên quan đến mục đích xử lý của họ, họ có thể yêu cầu người kiểm soát giải thích và yêu cầu xóa bỏ. Đặc biệt, nó có thể là vấn đề ngăn chặn, sửa chữa, bổ sung hoặc loại bỏ dữ liệu cá nhân. Đồng thời, chủ thể dữ liệu có quyền khiếu nại với cơ quan giám sát các dữ liệu.

Người quản lý các dữ liệu là Bệnh viện Tỉnh Karlovy Vary a.s.

Số liệu liên lạc tới người có trách nhiệm bảo vệ các dữ liệu cá nhân: [pavel.sipek@kkn.cz](mailto:pavel.sipek@kkn.cz), mobil 604 186 862

Ngày: .....

Chữ ký của bệnh nhân (Người đại diện pháp lý, Người bảo hộ):.....

Tên, họ: (Người đại diện pháp lý, Người bảo hộ)	
Số sinh:	
Địa chỉ cư trú:	
Quan hệ với bệnh nhân:	

**Tôi tuyên bố rằng, tôi đã giải thích bản chất của việc can thiệp y tế cho bệnh nhân theo cách mà theo quan điểm của tôi, bệnh nhân đã có thể hiểu được. Tôi cũng đã cho bệnh nhân biết về hậu quả của thủ thuật này và với những biến chứng thường xuyên có thể xảy ra, đặc biệt là với những rủi ro được đề cập ở trên trong bản thông tin đồng ý này.**

Ngày:.....

Tên bác sỹ: .....Chữ ký: .....

### Lời tuyên bố danh dự

Tôi \_\_\_\_\_  
(tên, họ, danh hiệu)

Tôi tuyên bố rằng:

1. Tôi không có vấn đề sức khỏe cấp tính tương ứng với nhiễm vi-rút (ví dụ như: sốt, ho, khó thở, tiêu chảy, nôn mửa, mất vị giác và khứu giác đột ngột, v.v.);
2. cả cơ quan y tế bảo vệ sức khỏe công cộng và bác sỹ đều không ra lệnh cho tôi thực hiện bất kỳ biện pháp cách ly nào;
3. Tôi không biết rằng tôi đã tiếp xúc với những người đã mắc bệnh truyền nhiễm trong 2 tuần gần đây;
4. Tôi không có bệnh dị ứng;
5. Tôi không mang thai.

Tại Karlovy Vary:

Chữ ký của bệnh nhân (Người đại diện pháp lý, Người bảo hộ):