

Informovaný souhlas pacienta se zdravotním výkonem Očkování COVID-19 **Posilující dávka**

Jméno, příjmení:	
Rodné číslo:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	
Telefonní číslo:	
Email:	

Informace o zdravotním výkonu

Očkovací látka

PF III.

(dále jen „očkovací látka“) má zabránit tomu, abyste onemocněl (a) nemocí COVID-19, kterou způsobuje virus SARS-CoV-2.

Očkovací látka Vám bude podána injekčně do ramenního svalu. Doporučuje se, abyste po dobu zpravidla patnácti až dvaceti minut po podání očkovací látky vyčkal (a) na místě, kde Vám bylo očkování provedeno, a pečlivě sledoval (a) svůj zdravotní stav.

Po podání vyvolá očkovací látka přirozenou výrobu protilátek a povzbudí Vaše imunitní buňky k tomu, aby Vás ochránily proti onemocnění COVID-19.

Ochrana proti onemocnění COVID-19 nemusí být dostatečná dříve než sedmý den po podání očkovací látky. Do té doby je nutné se chovat v souladu s doporučenými hygienicko-epidemiologickými postupy k ochraně vlastního zdraví i zdraví ostatních.

Rizika zdravotního výkonu:

Někteří lidé mohou mít po podání očkovací látky alergickou reakci, která se může projevat např. jako svědivá vyrážka, problémy s dýcháním nebo otok obličeje nebo jazyka. V případě, že se u Vás alergická reakce vyskytne, kontaktujte neprodleně svého praktického lékaře. Bez včasné pomoci lékaře může dojít k újmě na zdraví, ve výjimečném případě může být klient také ohrožen na životě.

Záměr podstoupit očkování proti onemocnění COVID-19 zkonzultujte se svým praktickým lékařem, zejména pokud:

- jste měl jste měl(a) vážnou alergickou reakci na jiné očkování, léčivý přípravek nebo potraviny,
- jste měl(a) problémy po podání první dávky očkovací látky proti onemocnění COVID-19, jako je např. alergická reakce nebo potíže s dýcháním,
- nyní máte vážné onemocnění doprovázené vysokou horečkou; mírně zvýšená teplota nebo lehká infekce horních cest dýchacích, jako je např. nachlazení nebo prodělané onemocnění COVID-19, však nejsou důvodem k odložení očkování,
- máte oslabený imunitní systém (např. v důsledku infekce HIV) nebo užíváte léky, které negativně ovlivňují imunitní systém,
- máte problémy s krvácením, snadno se Vám tvoří modřiny nebo užíváte léky, které omezují srážlivost krve,
- jste těhotná, kojíte, myslíte si, že můžete být těhotná, nebo plánujete otěhotnět; těhotným nebo kojícím ženám se očkování nedoporučuje.

Pokud po konzultaci se svým lékařem máte pochybnosti ohledně vhodnosti očkování kvůli Vaší specifické situaci (např. vzácné onemocnění, kombinace vzácného onemocnění nebo postižení atp.) neváhejte se poradit s Vaším odborným lékařem. O Vašich komplikacích informujte před očkováním očkujícího lékaře.

Očkovací látka může vyvolat nežádoucí účinky. Pokud se vyskytnou, jsou zpravidla lehké a odezní během několika málo dní.

U více než jednoho očkovaného z deseti se může vyskytnout bolest nebo zduření v místě vpichu injekce, únava, bolest hlavy, svalů nebo kloubů, zimnice nebo horečka. U méně než jednoho očkovaného z deseti se může vyskytnout otok nebo zarudnutí v místě vpichu injekce nebo pocit na zvracení. U méně než jednoho očkovaného ze sta se může vyskytnout zvětšení lymfatických uzlin nebo malátnost.

V případě, že se u Vás vyskytne některý z nežádoucích účinků, informujte svého praktického lékaře.

Stejně jako v případě jiných očkovacích látek, ani tato očkovací látka nemusí plně ochránit očkovaného proti nemoci. Pokud máte jakékoli otázky k očkovací látce nebo k očkování, zeptejte se očkujícího lékaře.

Alternativy zdravotního výkonu:

V současné době nejsou známy žádné alternativy výše popsaného zdravotního výkonu.

Léčebný režim, preventivní opatření, kontrolní výkony:

Po provedení zdravotního výkonu musíte 30 minut zůstat v čekárně. Po dobu dvou dnů po podání očkovací látky byste se měl (a) vyvarovat výraznější fyzické námaze.

Odpovědi na doplňující otázky klient (případně uvést, že klient žádné doplňující

dotazy neměl)

.....
Souhlas klienta, resp. jeho zákonného zástupce

Já, níže podepsaný/á, v souladu s ust. § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, prohlašuji, že jsem byl (a) lékařem srozumitelně informován (a) o zdravotním výkonu, jeho účelu, povaze, předpokládaném přínosu a možných důsledcích a rizicích jeho provedení. Uvědomuji si, že určitá rizika existují při každém zdravotní výkonu a že je předem nelze přesně určit.

Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl (a) jsem jim a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací, po rozmluvě s lékařem a po vlastním zvážení souhlasím s provedením shora uvedeného zdravotního výkonu.

Osobní údaje jsou zpracovány v souladu s čl. 6 odst. 1 písm. d), e) GDPR, tedy vzhledem k nezbytnosti zpracování pro ochranu životně důležitých zájmů subjektu údajů a při plnění úkolu ve veřejném zájmu.

Osobní údaje jsou předávány Krajskému úřadu Karlovarského kraje s ohledem na potřebnou koordinaci očkovací strategie Karlovarského kraje. Osobní údaje budou zpracovávány po dobu nezbytně nutnou, po kterou bude potřebné evidovat osobní údaje v souvislosti s řešením epidemiologické situace. Po uplynutí nezbytně nutné doby se provede výmaz všech osobních údajů.

Poučení: Subjekt údajů má právo požadovat od správce údajů přístup k těmto údajům, jejich opravu nebo výmaz, popřípadě omezení zpracování a vznést námitku proti zpracování, jakož i právo na přenositelnost údajů. V případě, že subjekt údajů zjistí nebo se bude domnívat, že správce provádí zpracování osobních údajů v rozporu se zákonem, zejména jsou-li osobní údaje nepřesné s ohledem na účel jejich zpracování, může požádat uvedeného správce o vysvětlení a požadovat, aby byl takto vzniklý stav odstraněn. Zejména se může jednat o blokování, provedení opravy, doplnění nebo likvidaci osobních údajů. Zároveň má subjekt údajů právo podat stížnost u dozorového úřadu.

Správce údajů je Karlovarská krajská nemocnice a.s.

Kontaktní údaje na pověřence pro ochranu osobních údajů: dpo@kkn.cz

Datum:

Podpis klienta (zákonného zástupce, opatrovníka):.....

Jméno, příjmení: (zákonný zástupce, opatrovník)	
Rodné číslo:	
Bydliště:	
Vztah ke klientovi	

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto souhlasu.

Datum:.....

Jméno lékaře:**Podpis:**

Čestné prohlášení

Já _____
(jméno, příjmení, titul)

Čestně prohlašuji, že:

1. nemám akutní zdravotní potíže odpovídající virové infekci (např. horečka, kašel, dušnost, průjem, zvracení, náhlá ztráta chuti a čichu apod.);
2. orgán ochrany veřejného zdraví ani ošetřující praktický lékař mi nenařídil karanténní opatření;
3. není mi známo, že jsem v posledních 2 týdnech přišel / přišla do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí;
4. nemám žádné alergické onemocnění;
5. nejsem gravidní.

V Karlových Varech:

Podpis klienta (zákonného zástupce, opatrovníka):