**INFORMOVANÝ SOUHLAS S OČKOVÁNÍM PROTI NEMOCI COVID-19**

Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o očkování a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k očkování udělíte souhlas.

**Informace o pacientovi:**

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

***Jméno, příjmení, datum narození***

**Rodné číslo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pojišťovna:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Zákonný zástupce (zákonní zástupci):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení*

**CO JE COVID-19 ?**

COVID-19 je onemocnění způsobené koronavirem SARS-CoV-2. Tento typ koronaviru nebyl před rokem 2020 pozorován. Onemocnění můžete získat kontaktem s jinou osobou, která je infikována. Infekce způsobuje především onemocnění dýchacích cest, ale často postihuje i jiné orgány. Nemocní lidé mají velmi rozmanité příznaky od mírných až po velmi závažné onemocnění. Příznaky se objevují 2 až 14 dní po expozici viru. Tomuto intervalu se říká inkubační doba. K příznakům může patřit horečka nebo třesavka, kašel, dušnost, únava, bolest svalů, bolest celého těla, bolest hlavy, ztráta chuti a/nebo čichu, bolest v krku, rýma, nevolnost nebo zvracení, průjem.

**CO BYSTE MĚL SDĚLIT PŘED OČKOVÁNÍM ZDRAVOTNICKÉMU PERSONÁLU?**

Před očkováním budete personálem očkovacího centra požádáni o vyplnění krátkého dotazníku, který mu pomůže určit, zda by pro Vás z očkování mohlo vyplynout nějaké speciální riziko. V případě závažné poruchy imunity, závažné alergické reakci v minulosti, krvácivé poruchy nebo těhotenství nebo kojení se poradíte se zdravotnickým personálem, zda je pro Vás očkování vhodné. Zdravotnickému personálu byste také měli sdělit, pokud u Vás probíhá jakékoli akutní onemocnění. Pokud u Vás probíhá onemocnění COVID-19 nebo jen na něj podezření nebo jste v karanténě kvůli kontaktu s nemocnou osobou, neměli byste na očkování chodit, protože můžete ohrozit očkující personál a ostatní očkované, se kterými přijdete do kontaktu v očkovacím centru.

**KDO BY NEMĚL BÝT VAKCÍNOU OČKOVÁN?**

Vakcínou nesmí být očkována osoba, která měla závažnou alergickou reakci po předchozí dávce nebo po jakékoli látce obsažené ve vakcíně. Pokud jste měli v minulosti jakoukoli závažnou alergickou reakci, musíte o tom informovat očkující personál.

Očkování v případě závažné poruchy imunitního systému, krvácivé poruchy nebo užívání léků na “ředění krve”, těhotenství nebo kojení se poraďte o vhodnosti očkování s lékařem.

**JAK SE VAKCÍNA PODÁVÁ?**

Vakcína Vám bude aplikována injekčně do svalu na rameni. Nejdříve tři týdny po první dávce je potřeba podat druhou dávku. Vakcína není zaměnitelná za očkovací látku proti nemoci COVID-19 od jiného výrobce. Při očkování druhé dávky byste u sebe měli mít záznam o předchozí aplikaci první dávky.

**JAKÁ S SEBOU NESE OČKOVÁNÍ RIZIKA?**

Během klinických studií byly zjištěny tyto nežádoucí účinky:

* místní (v místě vpichu): bolest, zarudnutí, otok,
* celkové: únava, bolest hlavy, bolest svalů, bolest kloubů, třesavka, horečka, nevolnost, zvětšení mízních uzlin.

Tyto nežádoucí účinky jsou krátkodobé; mizí během několika málo dní.

Existuje nepatrné riziko závažné alergické (anafylaktické) reakce po očkování. Ta se většinou objevuje během několika minut až hodiny po očkování. K příznakům závažné alergické reakce patří: potíže s dýcháním, otok v oblasti obličeje a hrdla, zrychlení srdeční frekvence, vyrážka na kůži (kopřivka), závratě a slabost.

Jiné vzácné závažné nežádoucí účinky nelze vyloučit. Vzácné nežádoucí účinky se v probíhajících studiích i rozsáhlých vakcinačních kampaních stále sledují.

**JAK SNÍŽIT RIZIKO ZÁVAŽNÝCH NEŽÁDOUCÍCH REAKCÍ?**

Po každém očkování je vyžadováno vyčkání ve zdravotnickém zařízení 15 minut po vakcinaci. Pokud se nebudete cítit dobře, tak neprodleně informujte personál očkovacího centra.

V případě rozvoje závažných potíží mimo zdravotnické zařízení volejte Zdravotnickou záchrannou službu na telefonním čísle 155.

**JAKÉ JSOU ALTERNATIVY OČKOVÁNÍ?**

V současné době nejsou k dispozici preventivní farmakologické postupy účinností srovnatelné s očkováním.

**PROHLÁŠENÍ:**

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb.

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl. Na základě toho prohlašuji, že

**SOUHLASÍM**

s provedením navrženého a popsaného léčebného postupu.

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 zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient s omezenou svéprávností) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor

….………………………………………………………………………………………………….. (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu ……………………….………………………………………………………………………….…. (vyplní lékař).

**Dne……………… hodina………….**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.