

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

Rodné číslo:

Bydlisko (ulica, č. domu, miesto, PSČ):

Tel. / e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie):

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

Dolu podpísaný/á
potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem/absolvuje maloletý za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska(doplniť očkovacie miesto).

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi ako zákonnému zástupcovi maloletého bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som ako zákonný zástupca maloletého porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickým výkonom **súhlasím – nesúhlasím**.* Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedený navrhovaný preventívny diagnosticko-liečebný výkon nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na (doplniť očkovacie miesto) bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na.....(doplniť očkovacie miesto) trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V Banskej Bystrici, dňa: čas:

.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....
podpis zákonného zástupcu osoby,
ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť

* nehodiace sa prečiarknite

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica
Námestie L. Svobodu 4
974 09 Banská Bystrica

Dátum a čas očkovania

.....

Identifikačné údaje pacienta

Meno, priezvisko:

Rodné číslo:

Anamnestické otázky pre pacienta:

Otázka	Áno	Nie
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)?		
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie)?		
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (apr. anafylaktický šok)?		
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody po podaní vakcíny?		
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie)?		
Ste tehotná?		

Podpis zákonného zástupcu očkovanej / očkovaného:

Dátum:

Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:

Dátum: