

## Informovaný souhlas – očkování

Plánované očkování: Očkování – vakcína:

Příjmení, jméno: .....

Bydliště: .....

Datum narození: .....

Vybranou variantu, prosím, zakroužkujte:

Měl/a jste někdy alergickou reakci po očkování?	ano	ne
Máte alergii na vajíčka, drůbeží bílkovinu nebo na jiné látky, které jsou obsahem vakcíny (Formaldehyd, Neomycin, Octoxynol-9)?	ano	ne
Měl/a jste jinou vakcinaci v minulých 4 týdnech ?	ano	ne
Máte momentálně nějaký druh akutní infekce doprovázené horečkou?	ano	ne
Máte v současné době nějaké intenzivní příznaky chronické nemoci?	ano	ne
Máte poruchu imunitního systému?	ano	ne
Otázka pro ženy: Jste těhotná?	ano	ne

### Byl/a jsem poučen/a o:

- postupu aplikace očkovací látky a jejím vlivu na imunitní systém
- rychlosti nástupu ochranného účinku vakcíny,
- počtu potřebných látek k dosažení plného efektu imunizace,
- časovém intervalu vhodném k podání další dávky,
- omezení fyzické zátěže a úpravě režimu – specifický podle druhu aplikované vakcíny,
- minimálním odstupu od následné aplikace dalších vakcín, darování krve,
- **nutnosti setrvat 30 min po aplikaci v čekárně**
- 

### Prohlášení pacienta po pohovoru:

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch očkování.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že se cítím zcela zdrav/a a lékaři jsem pravdivě sdělil/ a veškeré informace týkající se mého zdravotního stavu, akutních i chronických nemocí, alergií, užívaných léků a případných reakcí po očkování v minulosti.

V Praze dne.....

.....  
podpis klienta / zákonného zástupce