



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

Identifikačné údaje osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

Meno a priezvisko:rodné číslo:

Bydlisko.....

Mobil.....e-mail.....

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavu ochorenia a iné anamnestické údaje:

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) je oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu tvorbu bielkoviny 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.

Európska lieková agentúra upozorňuje:

U ľudí, ktorí dostali vakcínu Vaxzevria (predtým vakcína COVID-19 AstraZeneca), sa vyskytli prípady neobvyklých krvných zrazenín s nízkym počtom krvných doštičiek. Pravdepodobnosť, že k tomu dôjde, je veľmi nízka. Mali by ste si však stále uvedomovať príznaky, aby ste mohli okamžite dostať lekárske ošetrovanie, ktoré pomôže pri zotavení a predíde komplikáciám. Ak sa u vás v priebehu týždňov po podaní injekcie vyskytne niektorý z nasledujúcich príznakov, musíte okamžite vyhľadať lekársku pomoc:

- lapanie po dychu
- pretrvávajúca bolesť brucha
- bolesť v hrudi
- neurologické príznaky, ako sú silné a pretrvávajúce bolesti hlavy alebo rozmazané videnie
- opuch nôh
- drobné krvné škvrny pod kožou za miestom vpichu

Dolu podpísaný/á

potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska polikliniky MEDCENTRUM, s.r.o.

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

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi

súhlasím - nesúhlasím *

Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať v poliklinike MEDCENTRUM, s.r.o. bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v poliklinike MEDCENTRUM, s.r.o trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V Žiline, dňa

.....
podpis očkovaného
(prípadne jeho zákonného zástupcu)

.....
podpis očkujúceho lekára

* nehodiace preškrtnúť