Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

**Mihop, s.r.o., Agátová 62, Šaľa, 927 05, Mobilné očkovacie zariadenie MV-155**

Miesto vakcinácie: Kultúrny dom, Hlavná 498/77, 951 32 Horná Kráľová

Dátum a čas očkovania: 10.01.2022 ...............

Identifikačné údaje pacienta:

Meno, priezvisko, titul: ...................................................................................

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 (napr. 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 očkovanej/ očkovaného: .........................................

Dátum: 10.01.2022

Podpis očkujúcej zdravotníčky/ očkujúceho zdravotníka: .........................................

Dátum: 10.01.2022

POSKYTOVATEĽ ZS:

**Mihop, s.r.o., Agátová 62, Šaľa, 927 05, Mobilné očkovacie zariadenie MV-155**

**Miesto vakcinácie: Kultúrny dom, Hlavná 498/77, 951 32 Horná Kráľová**

**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, čís .domu, miesto, PSČ): ..…….....................................................................................…....

………………………………………………………………………………………………………………..

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): ..................................................….......

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

...................................................................................................................................................................

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky proti SARS-Cov-2 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 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 na mieste vakcinácie **-**.......................................

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 mobilnom očkovacom zariadení **MV-155** bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v mobilnom očkovacom zariadení MV-155 na mieste.................................. trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V Hornej Kráľovej, dňa 10.01.2022 čas …...….

..................................................................... ...........................................................

podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis osoby, ktorej sa poskytuje

zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)

\* nehodiace preškrtnúť