



Část A)

**Vážená paní, vážený pane,
zdravotní výkon, který Vám doporučujeme, vyžaduje Váš INFORMOVANÝ SOUHLAS.**

Informovaný souhlas znamená, že budete v následujícím textu podrobně, odborně a pro Vás srozumitelně poučen/a o navrhovaném postupu léčby. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích zdravotního výkonu.

Název zdravotní služby (výkonu): Podání očkovací látky proti nemoci COVID-19

1. Důvod a cíl výkonu

Podání očkovací látky zabraňuje nemoci COVID-19, kterou způsobuje virus SARS-CoV-2. Po podání vyvolá očkovací látka přirozenou výrobu protilátek a povzbudí imunitní buňky, které Vás ochrání proti onemocnění COVID-19.

2. Povaha a následky výkonu

Očkovací látka je určena pro osoby od 16 let věku a podává se injekčně nejčastěji do ramenního svalu. K plnému účinku je třeba, abyste podstoupil/a očkování dvěma dávkami. Druhá dávka Vám bude podána cca 42 dnů po podání dávky první. Podstoupit očkování druhou dávkou je důležité pro zajištění plného účinku ochrany.

3. Rizika výkonu

Očkovací látka může vyvolat nežádoucí účinky. Pokud se vyskytnou, jsou zpravidla lehké a odezní během několika málo dní. Nežádoucími účinky mohou být: bolest, zduření, otok nebo zarudnutí v místě vpichu injekce, únava, bolest hlavy, svalů nebo kloubů, zimnice, horečka, pocit na zvracení, ojediněle zvětšení lymfatických uzlin nebo malátnost.

V případě, že se u Vás některý z nežádoucích účinků vyskytne, informujte svého praktického lékaře. Výjimečně mohou mít osoby s imunitními poruchami a výraznou alergií po podání očkovací látky alergickou reakci, která se může projevovat jako svědivá vyrážka, problémy s dýcháním, otok obličeje nebo jazyka.

V případě, že se u Vás taková alergická reakce vyskytne, neprodleně kontaktujte svého praktického lékaře, bez včasné lékařské pomoci může dojít k újmě na zdraví nebo ohrožení na životě.

Záměr podstoupit očkování konzultujte se svým praktickým lékařem (event. specialistou), pokud:

- jste měl/a vážnou alergickou reakci na jiné očkování, léčivý přípravek nebo potraviny;
- jste měl/a problémy po podání první dávky očkovací látky proti nemoci COVID-19;
- nyní máte onemocnění doprovázené vysokou horečkou;
- víte, že máte oslabený imunitní systém, nebo užíváte léky, které negativně ovlivňují imunitní systém;
- máte problémy s krvácením, snadno se Vám tvoří modřiny nebo užíváte léky na ředění krve;
- jste těhotná, kojíte, myslíte, že můžete být těhotná, nebo plánujete v současné době otěhotnět.

4. Hospitalizace a omezení, doporučení ve způsobu života

Po podání očkovací látky je potřeba sledovat Váš zdravotní stav zpravidla po dobu patnácti až třiceti minut a to na místě, kde se očkování provádí. Přesnou dobu sledování určí lékař dle zdrav.stavu. Dostatečná ochrana proti nemoci COVID-19 nemusí být dříve než sedmý den po podání druhé dávky očkovací látky, tj. cca měsíc po první dávce očkování. Do té doby je nutné se chovat podle doporučených hygienicko-epidemiologických postupů k ochraně vlastního zdraví i zdraví ostatních.

5. Alternativy výkonu

Očkování nelze nahradit žádnou alternativou.



Část B)

INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZDRAVOTNÍ SLUŽBOU

Podání očkovací látky doplní lékař	<i>pacient:</i> <i>RČ:</i> <i>pojišťovna:</i> <i>bydliště:</i>
------------------------------------	---

Prohlašuji, že jsem vysvětlil/a podstatu a výhody zdravotní služby (výkonu) očkované osobě (zák. zást.) způsobem, který byl podle mého soudu pro ni/něho (pro ně) srozumitelný. Rovněž jsem ji/ho seznámil/a s předpokládanou úspěšností tohoto výkonu, s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi.

Seznámil/a jsem očkovanou osobu (zák. zástupce očk. osoby) s možnými alternativami navrhovaného výkonu a s problémy, které mohou nastat během uzdravování i s důsledky odmítnutí výkonu.

Jméno a příjmení lékařky/lékaře:

Datum: *Podpis:*

Očkovaná osoba (zák. zástupce)

- 1) Přečtěte si pozorně informace na všech stranách formuláře informovaného souhlasu části A i B.
- 2) Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
- 3) Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Já, očkovaná osoba (zák. zástupce):

Prohlašuji, že jsem lékařem byl/a srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu/lékařského postupu uvedeného v části A i B, byl/a jsem též informován/a o některých možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu/postupu, s možnými alternativami k výkonu/postupu i s důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl. Byl/a jsem rovněž informován/a o možných problémech během uzdravování.

Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným zdravotním výkonem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

Jsem srozuměn/a s tím, že uvedený zdravotní výkon nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval.

Datum: *Podpis očkované osoby (zák.zást.):*

Důvod, v případě, že se nemocný/á nemůže podepsat:

Způsob projevu osoby: