



Poskytovateľ ZS: **Krajské vakcinačné centrum Trenčín**
K výstavisku 447/14, 911 01 Trenčín

Dátum a čas..... očkovania

Identifikačné údaje pacienta:

meno a 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, infekčná hnačka, 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 hemofilie)?		
Ste tehotná?		

Podpis očkovanej/očkovaného

Dátum.....

Podpis zdravotníckeho pracovníka

Dátum.....