



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

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

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....
rodné číslo: **zdravotná poisťovňa:**.....

bydlisko (ulica, č. domu, mesto, 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 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 zrazením 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 ošetrenie, 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
- bolesť v hrudi
- opuch nôh
- pretrvávajúca bolesť brucha
- neurologické príznaky, ako sú silné a pretrvávajúce bolesti hlavy alebo rozmazané videnie
- drobné krvné škvrny pod kožou za miestom vpichu

Dolupodpísaný/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.health.gov.sk a v priestoroch pracoviska **Krajského vakcinačného centra Trenčín**.

Bol/a som tiež poučený/a 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 porozumela/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickým úkonom **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 Krajskom vakcinačnom centre Trenčín bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v Krajskom vakcinačnom centre Trenčín trvám a som pripravený/a vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/a.

V Trenčíne dňačas.....

.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná
starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)

* nehodiace preškrtnúť