

Záznam o informovaném souhlasu s aplikací vakcíny proti nemoci COVID-19 - JANSSEN

Jméno a příjmení pacienta

 Bydliště Pojišťovna

Email:

 Rodné číslo / Mobilní tel. číslo:

INDIKAČNÍ SKUPINA (označte prosím jednu z možností):

- 80+ let 70-79 let 65-69 let 60-64 let 55-59 let 50-54 let 45-49 let
 40-44 let 35-39 let 30-34 let 25-29 let 20-24 let 18-19 let

Vážený pane, vážená paní,

dostavil/a jste se dobrovolně k aplikaci očkovací látky (JANSSEN) proti nemoci COVID-19. Očkovací látka JANSSEN je určena k prevenci nemoci COVID-19 způsobené SARS-CoV-2. Tento dokument obsahuje informace, které Vám mají pomoci porozumět prospěchu a rizikům spojeným s podáním vakcíny. Pokud i po přečtení této informace máte jakékoli další otázky, poradte se s ošetřujícím lékařem nebo očkujícím personálem.

CO BYSTE MĚL(A) SDĚLIT PŘED OČKOVÁNÍM ZDRAVOTNICKÉMU PERSONÁLU?

Prosíme o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který lékaři pomůže určit, zda by pro Vás z očkování mohlo vyplynout nějaké speciální riziko. Pokud u Vás probíhá onemocnění COVID-19, je na něj podezření nebo jste v karanténě kvůli kontaktu s nemocnou osobou, neměli byste na očkování chodit, protože můžete ohrozit očkující personál a ostatní očkované, se kterými přijdete do kontaktu v očkovacím centru.

Tento dotazník nám pomůže určit, zda by se dnešní očkování mělo provést nebo odložit. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte "ano", neznamená to, že nemůžete být očkován(a). Pokud Vám některá otázka není jasná, nechte si ji vysvětlit od očkujícího personálu.

	ANO	NE
Cítíte se dnes nemocný(á)		
Měl(a) jste pozitivní PCR/antigenní test na COVID-19 v posledních 14 dnech, jste v izolaci/karanténě?		
Byl(a) jste někdy očkován(a) proti nemoci COVID-19		
Měl(a) jste někdy závažnou alergickou (tzv. anafylaktickou) reakci, pro kterou jste musel/a být léčen(a) adrenalinem nebo hospitalizován(a)		
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo užíváte Warfarin ?		
Jste těhotná		
Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké očkování?		
Přejete si před aplikací očkovací látky konzultovat svůj zdravotní stav s lékařem?		

KDO BY NEMĚL BÝT VAKCÍNOU JANSSEN OČKOVÁN?

Vakcínou nesmí být očkována osoba, která měla závažnou alergickou reakci po předchozí dávce. Vakcína je též kontraindikována u osob, které měly v minulosti závažnou alergickou reakci na kteroukoliv pomocnou látku ve vakcíně obsaženou nebo s anamnézou epizody syndromu kapilárního úniku. Pokud jste měli v minulosti závažnou alergickou reakci, musíte o tom informovat očkující personál.

Podání vakcíny je omezeno pro věkovou skupinu nad 18 let.

JAK SE VAKCÍNA JANSSEN PODÁVÁ?

Vakcína Vám bude aplikována injekčně do svalu na rameni jako jednorázová dávka (0,5ml). (zdroj: SPC k 22.11.2021)

JAKÝ MŮŽETE MÍT Z OČKOVÁNÍ PROSPĚCH?

Plná ochrana nastupuje 14 dní po aplikaci první dávky. Podobně jako u jiných vakcín je možné, že vakcinace vakcínou JANSSEN nemusí chránit všechny příjemce. Doba ochrany poskytovaná vakcínou není známa. Do 2 týdnů po aplikaci 1. dávky vakcíny nejste plně chráněni a je třeba dodržovat běžné zásady ochrany proti nemoci COVID-19.

JAKÁ S SEBOU NESE OČKOVÁNÍ RIZIKA?

U více než jednoho očkovaného z deseti se může vyskytnout bolest hlavy a nevolnost, bolesti svalů, únava, bolesti v místě vpichu injekce

U méně než jednoho očkovaného z deseti se může vyskytnout kašel, bolesti kloubů, horečka, začervenání nebo zduření v místě aplikace vakcíny.

U méně než jednoho očkovaného ze sta se může vyskytnout třes, závrať, brnění či mravenčení (parestezie), kýčání, bolesti nosohltanu, průjem, kožní vyrážka či nadměrné pocení, svalová slabost, bolest v končetinách, malátnost a celková únava.

U méně než jednoho očkovaného z tisíce se může objevit zduření lymfatických uzlin, hypersensitivita nebo kopřivka, poruchy citlivosti (hypestezie), zvonění v uších (tinitus), žilní tromboembolismus (krevní sraženina) nebo zvracení.

Mezi velmi vzácné nežádoucí účinky lze zařadit Guillain-Barré syndrom, trombózu v kombinaci s trombocytopenií, imunitní trombocytopenii, syndrom kapilárního úniku nebo anafylaktickou reakce. U výše jmenovaných je četnost nižší než jeden případ z deseti tisíc očkovanych.

Osoby, které obdržely vakcínu by měly okamžitě vyhledat lékařskou pomoc, pokud se u nich po vakcinaci rozvinou příznaky jako je dušnost, bolest na hrudníku, otoky dolních končetin a přetrvávající bolest břicha.

Vyhledat okamžitou lékařskou pomoc mají i Ti, kteří mají neurologické příznaky zahrnující silnou nebo přetrvávající bolest hlavy a rozmazané vidění po vakcinaci, resp. výskyt modřin (petechií) v jiných lokalizacích než v místě vpichu několik dnů po vakcinaci.

Někteří lidé mohou vzácně mít po podání očkovací látky alergickou reakci, která se nejčastěji projevuje 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 nebo v mimopracovní dny navštivte pohotovostní lékařskou službu.

V případě ohrožení života a zdraví volejte Zdravotnickou záchrannou službu na telefonním čísle 155. Bez včasné pomoci lékaře může dojít k újmě na zdraví, ve výjimečném případě můžete být také ohrožen(a) na životě.

JAK SNÍŽIT RIZIKO ZÁVAŽNÝCH NEŽÁDOUCÍCH REAKCÍ?

Po každém očkování je vyžadováno vyčkání ve zdravotnickém zařízení 15 minut po vakcinaci. V následných dnech po očkování se doporučuje dodržovat alespoň další 3 dny klidový režim. V případě vzniku nežádoucích vedlejších účinků informujte ihned svého praktického lékaře.

Pročetl/a jsem, porozuměl/a jsem textu a měl/a jsem možnost klást dotazy. Prohlašuji, že nevím o žádném důvodu, který by mi bránil v aplikaci této očkovací látky. Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s možnými vedlejšími účinky. Těmto informacím rozumím a nemám žádné otázky ani nejasnosti. Byl/a jsem poučen/a o způsobu aplikace vakcíny a povakcinačním režimu. Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem informován/a beru na vědomí, že předpokládaného výsledku uvedeného zdravotního výkonu nemusí být dosaženo.

Souhlasím s provedením očkování.

Podpis očkovaného:

Datum:

Podpis očkujícího zdravotníka:

Datum:

Zde vyplní pracovník zařízení, kde bude vakcína podána:

#	Datum očkování	Sériové číslo/datum expirace	Místo vpichu (nehodící škrtnout)		Vakcínu podal (iniciály)
			P paže	L paže	
1.dávka					