

## INFORMOVANÝ SÚHLAS

### s podaním očkovacej látky proti ochoreniu COVID19 podľa §6 Zákona č. 576/2004 Z.z.

COVID19 je vírusové ochorenie spôsobené vírusom SARS-CoV2, ktoré sa môže u jedinca prejavíť bez príznakov, môže mať mierne prejavy, ale aj závažný priebeh spojený so zlyhávaním orgánov, ktoré môže skončiť úmrtím pacienta. Comirnaty ako vakcína mRNA proti COVID-19 je geneticky upravená vakcína, ktorá je účinná ako ochrana pred nákazou u ľudí nad 16 rokov. Táto očkovač látka spôsobuje, že imunitný systém (prirodzená ochrana tela) vytvára protilátky a krvinky, ktoré pôsobia proti vírusu a tak chráni pred COVID-19. Keďže očkovač látka Comirnaty neobsahuje vírus na tvorbu imunity, nemôže spôsobiť ochorenie COVID-19. Podáva sa injekčne v dvoch dávkach do ramenného svalu tenkou ihlou. Bolesť vpichu je mierna, ako napr. pri očkovaní proti chrípke. Odstup medzi dávkami je minimálne 21 dní. Hlavné klinické testy ukázali, že vakcína má 95 percentnú účinnosť a je dosiahnutá asi po 7 dňoch po podaní druhej dávky. Väčšina vedľajších účinkov je miernej až stredne závažnej povahy. Očkovač látka Comirnaty je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Môžete prispieť tým, že nahlásite akékoľvek vedľajšie účinky, ak sa u vás vyskytnú.

#### Najčastejšie riziká a nežiaduce účinky, prípadne komplikácie a iné dôležité skutočnosti:

- **bolesť v mieste vpichu - 83%**
- **únava – 59%**
- **bolesť hlavy – 52%**
- **bolesť svalov - 37%**
- **zimnica – 35 %**
- **bolesti kĺbov - 22%**
- **horúčka - 16%**
- **hnačka – 11%**
- **zvracanie – 2%**
- **opuch lymfatických uzlín – menej ako 1%**

**Vyššie uvedené reakcie zriedka trvajú viac ako 2 dni..**

#### Očkovač látka sa nesmie podať v týchto prípadoch, bez zváženia ošetrojúceho v prípade:

- v minulosti bola prítomná závažná alergická reakcia alebo problémy s dýchaním po inej injekcii očkovacej látky alebo po podaní očkovacej látky Comirnaty, ak má pacient alergiu, informuje o tom zdravotníckeho pracovníka pred podaním vakcíny
- pacient v minulosti po injekcii ihlou odpadol
- prítomnosť závažného ochorenia alebo infekcia s vysokou horúčkou nad 38,5 C. To neplatí, ak ide o miernu horúčku alebo infekciu horných dýchacích ciest, ako napríklad prechladnutie.
- Pri problémoch spôsobujúcich krvácanie, ľahko sa vám tvoria modriny alebo používate liek na prevenciu tvorby krvných zrazenín,
- Pri oslabenom imunitnom systéme, napríklad z dôvodu ochorenia ako je infekcia HIV alebo užívate lieky ako sú kortikosteroidy, ktoré ovplyvňujú váš imunitný systém.

- pri alergii na látky, ktoré obsahuje očkovacia látka (ALC-0315, ALC-0159, DSPC, chlorid draselný, dihydrogenfosforečnan draselný, chlorid sodný, dihydrát hydrogenfosforečnanu sodného, sacharóza)
- podanie počas tehotnosti a dojčenia sa neodporúča, nakoľko doposiaľ nie sú k dispozícii dostatočné skúsenosti

**CIEĽ VÝKONU:**

- prevencia pred vznikom ochorenia COVID19

**DÔLEŽITÉ SKUTOČNOSTI PRE LEKÁRA:**

- alergie, ktoré sú pacientovi známe
- iné .....

Dolupodpísaný/á ..... r.č.....

Bytom .....

Svojim podpisom potvrdzujem, že ma MUDr. ....

za prítomnosti .....

v plnom rozsahu poučil o účele očkovania vakcínou Comirnaty proti COVID19, o priebehu a možných následkoch poskytnutia zdravotnej starostlivosti a jej rizikách, o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov, že zodpovedal všetky moje otázky a že som týmto odpovediam porozumel/a.

Svojim podpisom potvrdzujem, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, som nezatajil žiadne vážne anamnestické údaje, resp. ochorenia, pre ktoré som sa v minulosti liečil/a, resp. ktoré mi boli v minulosti zistené. Rozhodol/la som sa slobodne, bez nátlaku a ohľaduplne, s možnosťou a dostatočným časom sa rozhodnúť, pri plnom vedomí. Zároveň prehlasujem, že nie som pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony a že moja spôsobilosť na právne úkony nie je obmedzená.

**súhlasím**

**nesúhlasím**

s podaním očkovacej látky Comirnaty proti COVID19 v rozsahu, ako navrhuje zdravotnícky pracovník (zakrúžkovať).

Súhlasím a beriem na vedomie, že všetky právne vzťahy vyplývajúce s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení Nemocnica AGEL Zlaté Moravce, a.s.

V Zlatých Moravciach ..... o ..... hodine

...../  
meno zákonného zástupcu r. č.

.....  
príbuzenský vzťah k pacientovi

.....  
podpis pacienta/ zákonného zástupcu

.....  
pečiatka a podpis lekára  
podpis svedka

**Odmietam** poučenie napriek tomu, že ma lekár informoval o rizikách takéhoto rozhodnutia, ale s liečbou **súhlasím**.

V Zlatých Moravciach dňa ..... o ..... hodine.

...../.....  
meno zákonného zástupcu r. č. príbuzenský vzťah k pacientovi

.....  
podpis pacienta/ zákonného zástupcu pečiatka a podpis lekára, podpis svedka

.....  
podpis pacienta podpis lekára, ktorý pacienta poučil, podpis svedka