

Vážená paní / Vážený pane,

pokud s tím budete souhlasit, bude Vám podána očkovací látka proti onemocnění COVID-19.

Je to očkovací látka, která má zabránit tomu, abyste onemocněl(a) nemocí COVID-19, kterou způsobuje virus SARS-CoV-2.

Očkovací látka Vám bude podána injekčně do ramenního svalu. Po podání očkovací látky se doporučuje pečlivé sledování Vašeho zdravotního stavu zpravidla po dobu třiceti minut, a to na místě, kde se provádí očkování.

K plnému účinku vakcíny je třeba, abyste podstoupil(a) očkování dvěma dávkami. Termín druhé dávky Vám bude automaticky přidělen v rezervačním systému již při rezervaci termínu na první dávku očkování. Je velmi důležité, abyste podstoupil(a) i očkování druhou dávkou, jinak Vás nemusí očkovací látka dostatečně ochránit proti onemocnění COVID-19.

Po podání vyvolá očkovací látka přirozenou výrobu protilátek a povzbudí imunitní buňky, aby Vás ochránily proti onemocnění COVID-19.

Ochrana proti onemocnění COVID-19 nemusí být dostatečná 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.

Někteří lidé mohou mít 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 pomoci lékaře může dojít k újmě na zdraví, ve výjimečném případě může být pacient(ka) také ohrožen(a) na životě.

Záměr podstoupit očkování proti onemocnění COVID-19 zkonzultujte se svým praktickým lékařem, 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 onemocnění COVID-19, jako je alergická reakce nebo potíže s dýcháním,
- nyní máte vážné onemocnění doprovázené vysokou horečkou; avšak mírně zvýšená teplota nebo lehká infekce horních cest dýchacích, jako je nachlazení, nebo prodělané onemocnění COVID-19 nejsou důvodem k odložení očkování,
- máte oslabený imunitní systém, např. v důsledku infekce HIV, nebo užíváte léky, které negativně ovlivňují imunitní systém,
- máte problémy s krvácením, snadno se Vám tvoří modřiny nebo užíváte léky, které omezují srážlivost krve.

Jestliže jste těhotná, kojíte, myslíte, že můžete být těhotná, nebo plánujete otěhotnět, zkonzultujte podstoupení očkování se svým lékařem. Těhotným nebo kojícím ženám se očkování nedoporučuje.

Pokud po konzultaci se svým lékařem máte pochybnosti ohledně vhodnosti očkování kvůli Vaší specifické situaci (např. vzácné onemocnění, vzácná kombinace onemocnění nebo postižení atp.) neváhejte se poradit s Vaším odborným lékařem. O Vašich komplikacích informujte před očkováním očkujícího lékaře.

Očkovací látka může vyvolat nežádoucí účinky. Pokud se vyskytnou, jsou zpravidla lehké a odezní během několika málo dní.

U více než jednoho očkovaného z deseti se může vyskytnout bolest nebo zduření v místě vpichu injekce, únava, bolest hlavy, svalů nebo kloubů, zimnice nebo horečka.

U méně, než jednoho očkovaného z deseti se může vyskytnout otok nebo zarudnutí v místě vpichu injekce nebo pocit na zvracení.

U méně, než jednoho očkovaného ze sta se může vyskytnout zvětšení lymfatických uzlin nebo malátnost.

V případě, že se u Vás některý z nežádoucích účinků vyskytne, informujte svého praktického lékaře.

Stejně jako v případě jiných očkovacích látek, ani tato očkovací látka nemusí plně ochránit očkovaného proti nemoci.

Pokud máte jakékoli otázky k očkovací látce nebo k očkování, zeptejte se očkujícího lékaře.

Prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně informován(a) o veškerých shora uvedených skutečnostech. Poučení jsem porozuměl(a), případné doplňující otázky mi byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení, souhlasím s navrhovaným výkonem.

.....  
Jméno a příjmení

.....  
Rodné číslo

.....  
Bydliště

.....  
Telefon

.....  
e-mail

.....  
Datum

.....  
Podpis pacienta

.....  
Datum

.....  
Podpis lékaře