

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta, očkovanie COVID-19

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Nemocnica Poprad, a. s., Banícka 803/28, 058 45 Poprad

Informácie osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Bydlisko (ulica, č. domu, miesto, PSČ):

telefónny kontakt (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie):

e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie):

Novovzniknuté ťažkosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúca bielkovinu 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.

Dolu podpísaný/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. Medzi najčastejšie nežiaduce účinky patria – bolesť, opuch v mieste vpichu a citlivosť v ruke, pocit únavy, bolesť hlavy, celková slabosť alebo mierne príznaky podobné chrípke. Nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk, v priestoroch očkovacieho pracoviska Nemocnice Poprad, a. s., aj na webovej stránke Nemocnice Poprad – www.nemocnicapp.sk.

Bol/a som tiež poučený/á 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 porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovanými diagnostickými výkonmi **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 Nemocnici Poprad, a. s., bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu v Nemocnici Poprad, a. s., trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V dňa čas

.....
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť

(prípadne jej zákonného zástupcu)

* **nehodiace sa preškrtnúť**