

POSKYTOVATEĽ ZS (vyplniť).....

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

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

.....rodné číslo:

bydlisko (ulica, č. domu, miesto, 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 jednej dávke. Očkovacia látka (vakcína) je oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo 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.

U ľudí, ktorí dostali vakcínu COVID-19 Janssen, sa vyskytli prípady neobvyklých krvných zrazenín 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 ošetrovanie, 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.

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 (nežiadúce 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(doplniť očkovacie miesto).

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 navrhovaným 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 na(doplniť očkovacie miesto) bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na.....(doplniť očkovacie miesto) trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

Vdňačas

.....

podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis osoby, ktorej sa poskytuje

zdravotná starostlivosť

(prípadne jej zákonného zástupcu)

* nehodiace preškrtnúť