



## Informovaný souhlas s aplikací očkovací látky COMIRNATY COVID-19 mRNA Vaccine proti nemoci COVID-19

Pacient/tka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození:	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa pobytu pacienta:	
Telefon:	Email:
Zaměstnání:	
Jméno zákonného zástupce:	Rodné číslo:

### Vakcína Comirnaty

Comirnaty je mRNA vakcína sloužící jako prevence onemocnění způsobeného virem SARS-CoV-2 (onemocnění COVID-19) u osob ve věku od 16 let a starších.

**Dávkování:** Comirnaty se podává ve dvou dávkách, obvykle do svalu v horní části paže, a to s odstupem minimálně 21 dní.

### Kdy je nutné očkování odložit (vyznačte odpověď):

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| • Alergie (na jiné očkování, léky, apod.)                 | ANO | NE |
| • Porucha krevní srážlivosti                              | ANO | NE |
| • Poruchy imunity   | ANO | NE |
| • Akutní onemocnění (horečka, kašel, průjem, opar, apod.) | ANO | NE |
| • Antibiotická léčba/jiné očkování v posledních 2 týdnech | ANO | NE |
| • Karanténa pro kontakt s Covid-19 v posledních 2 týdnech | ANO | NE |
| • Klinické onemocnění Covid-19 v posledních 3 měsících    | ANO | NE |
| • Těhotenství a kojení                                    | ANO | NE |

### Možné nežádoucí účinky:

- bolest, otok, zarudnutí, svědění v místě vpichu, únava, bolest hlavy, bolest svalů a kloubů, zimnice a horečka, pocit na zvracení, bolest v končetině, zvětšené lymfatické uzliny, potíže se spánkem, malátnost
- VZÁCNĚ: svalová slabost jedné strany obličeje (akutní periferní obrna lícního nervu)
- VELMI VZÁCNĚ: závažná alergická reakce (anafylaxe)

**CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ:** .....

**Souhlasím s podáním vakcíny.**

**Datum:**

**Podpis:**