



Informovaný souhlas s aplikací očkovací látky COVID – 19 VACCINE MODERNA proti nemoci COVID-19

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

Očkovací látka COVID – 19 Vaccine Moderna

Očkovací látka Moderna je vakcína sloužící jako prevence onemocnění způsobeného virem SARS-CoV-2 (onemocnění COVID-19) u osob ve věku od 18 let a starších.

Dávkování

Moderna se podává ve dvou dávkách, obvykle do svalu v horní části paže, a to s odstupem minimálně 28 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
- VZÁCNÉ: svalová slabost jedné strany obličeje (akutní periferní obrna lícního nervu)
- VELMI VZÁCNÉ: závažná alergická reakce (anafylaxe)

Souhlasím s podáním vakcíny.

Datum:

Podpis: