

## ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

očkovanie proti ochoreniu COVID-19

### Informácia pre pacienta/pacientku:

Rozhodli ste podstúpiť očkovanie proti ochoreniu COVID-19. Pred vykonaním očkovania od Vás musíme získať informácie ohľadom Vášho zdravotného stavu. Preto Vás prosíme o zodpovedanie nižšie uvedených otázok. Na otázky odpovedajte pravdivo, aby bolo možné objektívne zhodnotiť Váš zdravotný stav a prípadné kontraindikácie spojené s očkovaním.

Ak niektorej otázke nebudete rozumieť, alebo si nie ste istý odpoveďou, tak sa neváhajte opýtať lekára a požiadať ho o vysvetlenie alebo usmernenie. Pre objektívne zváženie lekára o prípadnom riziku očkovania je naozaj veľmi dôležité, aby boli Vaše odpovede pravdivé.

Meno a priezvisko pacienta:		
Bydlisko:		
Dátum narodenia:	Rodné číslo:	Zdravotná poisťovňa:
Telefón/e-mail:		Meno všeobecného lekára pacienta:

### Anamnéza pacienta/pacientky:

(správnu odpoveď označte krížikom „x“)

	Otázka	áno	nie
1.	<b>Máte príznaky akútneho ochorenia</b> (teplota nad 37 °C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla, strata čuchu, chuti a pod.)?		
2.	<b>Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka</b> (kontraindikácia) <b>pre podanie vakcíny</b> (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie alebo iné)?		
3.	<b>Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti</b> (napr. anafylaktický šok)?		
4.	<b>Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody po podaní vakcíny?</b>		
5.	<b>Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi</b> (napr. vážna forma hemofílie) <b>alebo užívate lieky ovplyvňujúce zrážanlivosť</b> (tzv. antikoagulanty)?		
6.	<b>Ste tehotná?</b> (ak ste žena)		
7.	<b>Očkovanie I. dávkou som už absolvoval/a</b>		

### Iné dôležité upozornenia zo strany pacienta/pacientky (určené pre lekára):

(uveďte čokoľvek o Vašom zdravotnom stave, o čom si myslíte, že by Váš lekár pred očkovaním mal vedieť, napr. prekonané ochorenia, operácie, ak trpíte alergiou, aké lieky/výživové doplnky užívate a ďalšie informácie o Vašom aktuálnom zdravotnom stave)

### Prehlásenie pacienta/pacientky:

Potvrďujem svojím podpisom, že som uviedol/a pravdivé informácie v tomto Anamnestickom dotazníku a nezatajil/a som žiadne zásadné a relevantné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu, ktoré by mohli mať vplyv na očkovanie alebo na môj zdravotný stav po očkovaní.

V Žiline, dňa .....

.....  
podpis pacienta/pacientky

### Prehlásenie lekára a sestry o vykonaní očkovania pacienta/pacientky:

Potvrďujeme svojimi podpismi, že uvedený pacient/pacientka bol/a – nebol/a očkovaný dňa ..... o hod. ....

.....  
podpis lekára

.....  
podpis sestry