

**POUČENIE a INFORMOVANÝ SÚHLAS**  
**s podaním očkovacej látky proti ochoreniu COVID19 §.6 Zákona č. 576/2004 Z. z.**

Ja dolupodpísaná/ý

(meno a priezvisko pacienta) ..... r.č. ....

zákonný zástupca ..... r.č. .... príbuzenský vzťah .....

bydlisko pacienta .....

telefónne číslo ..... e-mail .....

**týmto beriem na vedomie, že:**

COVID19 je vírusové ochorenie spôsobené vírusom SARS-CoV2, ktoré sa môže u jedinca prejavíť bez príznakov, môže mať mierne prejavy, ale aj závažný priebeh spojený so zlyhávaním orgánov, ktoré môže skončiť úmrtím pacienta. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúcu 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. Táto očkovacia látka spôsobuje, že imunitný systém (prirodzená ochrana tela) vytvára protilátky a krvinky, ktoré pôsobia proti vírusu a tak chráni pred COVID-19. Podáva sa injekčne v dvoch dávkach do ramenného svalu tenkou ihlou. Bolesť vpichu je mierna, ako napr. pri očkovaní proti chrípke. Odstup medzi dávkami je minimálne v rozsahu stanovenom Súhrnom charakteristických vlastností lieku ako aj v Písomnej informácii pre používateľa dostupných na webovom sídle Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv ([www.sukl.sk](http://www.sukl.sk)). Očkovacie látky sú predmetom ďalšieho monitorovania za účelom rýchleho získania nových informácií o bezpečnosti. Môžete prispieť tým, že nahlásite akékoľvek vedľajšie účinky, ak sa u Vás vyskytnú.

**Očkovacia látka sa nesmie podať bez zváženia ošetrojúceho lekára okrem iných ani v nasledovných prípadoch:**

- a) v minulosti bola prítomná závažná alergická reakcia alebo problémy s dýchaním po inej injekcii očkovacej látky alebo po podaní očkovacej látky ak má pacient alergiu, informuje o tom zdravotníckeho pracovníka pred podaním vakcíny;
- b) pacient v minulosti po injekcii ihlou odpadol;
- c) prítomnosť závažného ochorenia alebo infekcia s vysokou horúčkou nad 38,5 °C. To neplatí, ak ide o miernu horúčku alebo infekciu horných dýchacích ciest, ako napríklad prechladnutie;
- d) pri problémoch spôsobujúcich krvácanie, ľahko sa tvoria modriny alebo používate liek na prevenciu tvorby krvných zrazenín;
- e) pri oslabenom imunitnom systéme, napríklad z dôvodu ochorenia ako je infekcia HIV alebo užívate lieky ako sú kortikosteroidy, ktoré ovplyvňujú váš imunitný systém;
- f) pri alergii na látky, ktoré obsahuje očkovacia látka;
- g) podanie počas tehotnosti a dojčenia sa neodporúča, nakoľko doposiaľ nie sú k dispozícii dostatočné skúsenosti.

**svojím podpisom zároveň súhlasím a potvrdzujem, že:**

- a) som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky

Nemocnica AGEL Levoča, a.s.

Probstnerova cesta 2/3082, 054 01 Levoča, Tel: 053/3332341, E-mail: sekretariat@nle.agel.sk, [www.nemocnicalevoča.agel.sk](http://www.nemocnicalevoča.agel.sk),

Spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Košice I, Oddiel: Sa, vložka číslo 1337/V,

Bankové spojenie: Československá obchodná banka, a.s., SWIFT: CEKOSKBX, Číslo účtu: 25731643/ 7500,

IBAN: SK69 7500 0000 0000 25731643, IČO: 36594849, DIČ:2022028932, IČ DPH: SK7120001372 [www.agel.sk](http://www.agel.sk)

aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch tohto pracoviska,

- b) som bol/a 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. Ošetrojúci zdravotnícky pracovník zodpovedal všetky moje otázky a že som týmto odpovediam ako aj poučeniu porozumel/a,
- c) ošetrojúcemu lekárovi, ktorý ma vyšetril, som nezatajil žiadne vážne anamnestické údaje, resp. ochorenia, pre ktoré som sa v minulosti liečil/a, resp. ktoré mi boli v minulosti zistené,
- d) som sa rozhodol/la slobodne, bez nátlaku a ohľaduplne, s možnosťou a dostatočným časom sa rozhodnúť, pri plnom vedomí,
- e) nie som pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony a že moja spôsobilosť na právne úkony nie je ničím obmedzená,

### DÔLEŽITÉ SKUTOČNOSTI PRE LEKÁRA:

(alergie, kontraindikácie, anamnestické údaje, ochorenia atď.), ktoré sú pacientovi známe:

---

---

---

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi

### súhlasím – nesúhlasím<sup>1</sup>

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_. \_\_. \_\_\_\_

čas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis pacienta/ zákonného zástupcu

\_\_\_\_\_ pečiatka a podpis lekára

-----  
**Odmietam** poučenie napriek tomu, že ma lekár informoval o rizikách takéhoto rozhodnutia, ale s liečbou **súhlasím**.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_. \_\_. \_\_\_\_

čas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis pacienta/ zákonného zástupcu

\_\_\_\_\_ pečiatka a podpis lekára

<sup>1</sup> nehodiace sa prečiarknuť