

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához

Név:		Születési dátum:	
TAJ:		Lakcím:	
Telefonszám:		E-mail cím:	

Tájékoztatom, hogy Ön a Pfizer/BioNTech által gyártott Comirnaty COVID-19 mRNS vakcinát kapja. Az oltóanyag biotechnológiával előállított mRNS vakcina. A vakcina elősegíti, hogy az immunrendszer antitesteket és a vírus ellen ható vérsejteket termeljen, így nyújtson védelmet a COVID -19 ellen. Mivel ez a vakcina nem a vírust tartalmazza az immunitás kiváltásához, így nem okozhat Önnek COVID-19 betegséget.

A koronavírus elleni védetség kialakulásához két oltásra van szükség, 35 napos különbséggel. Az oltottak védelme csak a vakcina második adagját követő 7 napon belül alakul ki.

Mint minden vakcinánál, a Comirnaty-val végzett vakcináció esetében is előfordulhat, hogy az nem véd meg minden beoltott személyt.

Jelenleg a várandós és szoptató nőknek, illetve a 16 évesnél fiatalabb gyermekeknek az oltás nem javasolt. Felhívom a figyelmet, hogy a fogamzóképes nők a második oltás után legalább 2 hónapig kerüljék a terhességet.

Azon személyek, akiknek a kórtörténetében bármely oltóanyaggal, gyógyszerrel szembeni azonnali anafilaxiás reakció szerepel, nem kaphatják meg a védőoltást. A vakcina második adagját nem szabad beadni azoknak sem, akik anafilaxiás reakciót mutattak az első oltás után.

A védőoltás beadása után oltási reakciók fordulhatnak elő. Ezek közül a leggyakoribbak: fájdalom a beadás helyén, fejfájás, hidegrázás, izomfájdalom, láz, duzzanat a beadás helyén.

Nagyon ritkán előfordulhat: nyirokcsomó megnagyobbodás, rossz közérzet, végtagfájdalom, álmatlanság, viszketés a beadás helyén.

Ezek általában enyhék vagy közepesen súlyosak és a vakcina beadása után pár napon belül elmúlnak.

Az alábbi kérdőív segítségével fogjuk eldönteni, hogy jelenleg beadható-e a védőoltás az Ön részére.

Kérem, szíveskedjen egyértelműen X-szel jelölni az alábbi táblázat megfelelő oszlopában az Ön jelenlegi állapotára vonatkozó válaszokat.

Amennyiben a kérdések megválaszolásához segítségre van szüksége, vagy bármelyik kérdés nem egyértelmű, jelezze ezt házi orvosának vagy az oltóorvosnak.

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség) Ha igen, sorolja fel, mi az:		
Rendszeresen szed-e gyógyszert? Ha igen, sorolja fel:		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb) Ha igen, sorolja fel:		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Ha volt, kizáró ok)		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Ha igen, az kizáró ok)		
Terveznek-e önnél műtétet a következő 1 hónapban? (Ha igen, az kizáró ok)		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, amelynek jelenleg akut fázisa zajlik?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizolon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények, daganatellenes szerek, sugárkezelés?		
Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben? (Ha igen, kizáró ok)		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Jelenleg várandós-e? (Ha ige, kizáró ok)		
Tervez-e várandósságot 3 hónapon belül? (Ha igen, kizáró ok)		
Szoptat-e?		
Esett-e át COVID fertőzésen az elmúlt 3 hónapban? (Ha igen, kizáró ok)		

A fenti tájékoztatást elolvastam, önként, befolyástól mentesen hozzájárulok a Comirnaty Covid-19 mRNS vakcina beadásához, valamint személyes és egészségügyi adataim járványügyi célból történő kezeléséhez.

Az oltást követően esetenként allergiás reakció léphet fel, ezért 30 percig még a helyszínen tartózkodom. Ha ez idő előtt távozom, az saját felelősségemre történik.

Dátum:.....

.....
aláírás

Az egészségügyi személyzet tölti ki az oltás helyén:

Oltóanyag termék gyártási sorozat azonosítója (LOT):	
Oltóanyag termék sorozatszám:	
A beadás helye:	Bal kar / jobb kar / bal comb / jobb comb
A beadás után történt-e rendkívüli esemény?	Igen / Nem
A következő oltás időpontja:	
Kockázati csoport :	orvos
	egészségügyi szakdolgozó
	egészségügyi szakképzésben részt vevő személy
	egészségügyi intézményben dolgozó személy
	gyógyszerész
	gyógyszertári asszisztens
	60 évesnél idősebb személy
	Fokozott kockázatot jelentő alap/társbetegséggel rendelkező személy
	Kritikus infrastruktúrában dolgozó személy
	Más kockázati csoportba nem tartozó személy
	Közigazgatási szerv kormánytisztviselője
	Rendvédelmi szerv dolgozója
	Szociális ellátásban dolgozó személy
	Szociális ellátásban részesülő személy

Testhőmérséklet:**RR:****O₂ saturatio:**