

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához

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

Tájékoztatom, hogy Ön a COVID-19 Vaccine AstraZeneca vakcinát kapja. Ez az oltóanyag az úgynevezett vektor vakcinák csoportjába tartozik. A vakcina elősegíti, hogy az immunrendszer antitesteket és a vírus ellen ható véresejteket termeljen, így nyújtson védelmet a COVID -19 ellen. A vakcina egyik, összetevője sem okozhat Önnek COVID-19 betegséget.

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

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

Jelenleg a várandós és szoptató nőknek, illetve a 18 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 magnagyobbodás, 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 a táblázat megfelelő oszlopában az Ön jelenlegi állapotára vonatkozó válaszokat.

Amennyiben a kérdések megválaszolásához segítségre van szüksége, vagy bármelyik kérdés nem egyértelmű, jelezze ezt háziorvosának 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?		
Terveznek-e önnél műtétet a következő 1 hónapban?		
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?		
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?		

A fenti tájékoztatást elolvastam, önként, befolyástól mentesen hozzájárulok az AstraZeneca vakcina beadásához, valamint személyes és egészségügyi adataim járványügyi célból történő kezeléséhez.

Az oltást követően esetenként allergiás reakció léphet fel, ezért 15 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:**