

Jméno:

3. DÁVKA

Příjmení:

Rodné číslo:

Mobilní telefon:

Email:

Tento dotazník nám pomůže se rozhodnout, zda je možné Vám bezpečně aplikovat 3. dávku vakcíny proti COVID-19. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte „ANO“ neznamená to, že Vám nemůže být vakcína aplikována. V případě jakýchkoli nejasností požádejte prosím zdravotnický personál o pomoc.

1. Cítíte se v současné době nemocný/nemocná? **ANO – NE**
2. Prodělal(a) jste v období od aplikace druhé dávky onemocnění COVID-19 nebo jste měl(a) pozitivní test? **ANO – NE**
3. Kdy Vám byla aplikována **2. dávka** očkování proti COVID-19? ___/___/2021
4. Měl(a) jste po očkování **závažnou alergickou** (tzv. anafylaktickou) reakci nebo **zásadnější nežádoucí reakci**? Například takovou, kdy jste musel(a) dostat injekci adrenalinu, kortikosteroidy nebo jste musel(a) být hospitalizován(a) ve zdravotnickém zařízení (Mírná bolest v místě vpichu není nežádoucí reakce, je očekávaná.) **ANO – NE**

Pokud ano, zaškrtněte příznaky, které jste měl(a) a připište jak dlouho (kolik hodin, dnů).

zvýšená teplota do 38 °C
horečka do 39 °C
horečka vyšší než 39 °C

kopřivka, vyrážka
rýma, kašel
bolesti hlavy, bolest v krku
bolest či zarudnutí v místě vpichu
jiné bolesti (jaké?)
jiné obtíže (jaké?)

5. Jste těhotná nebo kojíte? **ANO – NE**
6. Trpíte poruchou krevní srážlivosti nebo užíváte **léky na ředění krve**? **ANO – NE**
Pokud ano, **napište název léku.**

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékař **nezamlčel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

Datum _____

Podpis _____