

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo:

Věk:

Mobilní telefon:

Email:

Tento dotazník nám pomůže se rozhodnout, zda je možné bezpečně aplikovat 2. dávku očkovací látky. Pokud na některou z níže uvedených „ano“, neznamená to, že nemůžete být očkovan. Pokud Vám některá otázka není jasná, nechte si jí vysvětlit personálem kliniky.

1. Cítíte se v současné době nemocný/nemocná? **ANO - NE**
2. Prodělal(a) jste v období od aplikace první dávky vakcíny onemocnění covid-19 nebo měl(a) jste pozitivní test? **ANO - NE**
3. Měl(a) jste po očkování **závažnou alergickou (tzv. anafylaktickou) reakci**? Například takovou, kdy jste musel(a) dostat injekci adrenalinu (případně EpiPen), kortikosteroidy nebo jste musel(a) být léčena ve zdravotnickém zařízení? **ANO - NE**
4. Měl(a) jste nějakou zásadnější **nežádoucí reakci po očkování**? (Mírná bolest v místě vpichu není nežádoucí reakce, je očekávaná.) **ANO - NE**
5. Zaškrtněte **příznaky, které jste měl(a) po očkování** .
Pokud ano, připište k příznaku jak dlouho (kolik hodin, dnů)
Zvýšená teplota do 38°C
do 39°C
vyšší než 39°C
kopřivka
vyrážka
rýma, kašel
bolesti hlavy
bolesti v krku
bolest či zarudnutí v místě vpichu
jiné bolesti (jaké?)
jiné obtíže (jaké?)
6. Trpíte poruchou krevní srážlivosti nebo užíváte **léky na ředění krve**? **ANO - NE**
Pokud ano, **napište název léku**