

# Dotazník před očkováním proti nemoci COVID-19 očkovací látkou PFIZER

**Jméno a příjmení očkovaného:**

**Věk:**

Je Vám nabídnuta očkovací látka PFIZER, která je určena k prevenci nemoci COVID-19 způsobené koronavirem SARS-CoV2.

Vakcína PFIZER je schválena Evropskou lékovou agenturou k prevenci nemoci COVID-19 pro děti ve věku 16 let a více a dospělé.

|   | ANO / KDY | NE |
|---|-----------|----|
| Cítíte se dnes nemocný(á)   |           |    |
| Prodělal(a) jste nemoc COVID-19 nebo jste měl(a) pozitivní test   |           |    |
| Měl(a) jste v předchozích 14 dnech jiné očkování  |           |    |
| Měl(a) jste někdy závažnou alergickou (tzv. anafylaktickou) reakci, pro kterou jste musel/a být léčen(a) adrenalinem nebo hospitalizován(a) |           |    |
| Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na „ředění“ krve  |           |    |
| Máte nějakou závažnou poruchu imunity   |           |    |
| Jste těhotná nebo kojíte  |           |    |

**Souhlasím, že jsem:**

- Byl/a seznámen/a s účelem, povahou, možných následcích a rizicích daného očkování.
- Nezamlčel/a žádné známé údaje o svém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moje očkování.

**Po očkování vyčkejte v ambulantním zdravotnickém zařízení min. 30 minut.**

**V případě zdravotních obtíží nebo komplikací, kontaktujte svého praktického lékaře nebo tel. +420 725 130 142.**

**Podpis očkovaného:**

**Datum:**

**Jméno a příjmení lékaře: MUDr. Robert Procházka**

**Datum:**