

ПОСТАВЩИК МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (заповнити) **Oravská poliklinika Námestovo**

Інструкція та письмова інформована згода пацієнта згідно з ст. 6 Закону № 576/2004 зб. про охорону здоров'я, послуги, пов'язані з наданням медичної допомоги та про внесення змін до деяких законів із змінами

Ім'я та прізвище особи, якій буде надано медичну допомогу	
Ідентифікаційний номер	
Місце проживання (вулиця, номер будинку, місто, поштовий індекс)	
Номер телефону/електронна пошта (у разі необхідності виклику на додатковий медогляд)	

Новоутворені епізоди, або прояви захворювання та інші анамнестичні дані:

.....
.....

Пропонована (запланована) профілактика:

Введення вакцини здійснюється за схемою дводозової вакцинації в дві дози, за схемою однодозової вакцинації в разову дозу. Вакциною може бути вірусний білок, ослаблений вірус, що викликає короточасне вироблення білка вірусу, та мРНК - без'ядерна РНК, яка кодує білок вірусу. Введення вакцини можна описати як презентацію вірусу імунній системі пацієнта з індукцією антитіл і залученням інших механізмів, які згодом захищають від початку захворювання.

Додаткова третя доза для осіб з ослабленим імунітетом є частиною основного графіка вакцинації та проводиться за допомогою мРНК-вакцин. Бустерна доза вакцини проти COVID-19 для інших може бути введена не раніше, ніж через 2-місячний графік вакцинації, не раніше, ніж через 3 місяці після розкладу первинної вакцинації та не раніше, ніж через 8 тижнів після розкладу первинної вакцинації.

Нижче підписаний/а.....
своім підписом підтверджую, що був поінформований про характер запропонованої

профілактичної вправи, яку проводжу з метою профілактики, а також про її можливі наслідки та ризики (побічні ефекти введеної вакцини публікуються в т.з. Письмовій інформації для користувача, яку можна знайти на веб-сайті www.sukl.sk та на робочому місці (додати місце вакцинації).

Мене також поінформували про доступні варіанти для запропонованих послуг та ризики їх відмови. Інструкція була дана мені чітко, уважно, без примусу, з можливістю та достатнім часом для вільного рішення. Інструкцію зрозумів/ла.

Також підтверджую, що мені повідомили про можливі протипоказання до введення вакцини, а саме: підвищена чутливість до будь-якого компонента вакцини або гостра гарячка. Більше інформації про вакцину можна знайти в т.н. Письмовій інформації для користувача, яку можна отримати на www.sukl.sk та на робочому місці..... (додати місце вакцинації).

Своім підписом підтверджую, що **ЗГОДЕН – НЕ ЗГОДЕН¹** із запропонованою профілактикою. Цю згоду даю у повній свідомості, вільно і серйозно.

Якщо вищезгадані запропоновані профілактичні процедури неможливо виконати негайно через недостатню потужність.....(додати місце вакцинації), заявляю, що, незважаючи на можливість проходження вищезгаданих процедур в інших медичних закладах.....(додати місце вакцинації), наполягаю на виконанні відповідної медичної процедури та готовий дочекатися кінцевого терміну, на який мав/ла замовлення.

В дата час

.....

підпис і відбиток печатки лікаря

підпис особи, якій надається
медична допомога/законного представника

¹ викреслити те, що не підходить



МІНІСТЕРСТВО ЗДОРОВ'Я
СЛОВАЦЬКОЇ РЕСПУБЛІКИ

АНАМНЕСТИЧНА АНКЕТА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ

Oravská poliklinika Námestovo, Červeného kríža 62/30, 029 01 Námestovo

ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ ДАНІ ПАЦІЄНТА

Ім'я:	Прізвище:	Ідентифікаційний номер:
-------	-----------	-------------------------

Дата і час вакцинації:

АНАМНЕСТИЧНІ ЗАПИТАННЯ ДО ПАЦІЄНТА

ПИТАННЯ	ТАК	НІ
У вас є симптоми гострого захворювання (температура вище 37 °C, продуктивний кашель, відкашлювання слизу, слабкість, біль у суглобах та м'язах, нездужання, інфекційна діарея, біль у горлі)?		
Чи страждаєте на серйозне захворювання, яке в минулому розглядалося як можливий бар'єр (протипоказання) для введення вакцини (наприклад, автоімунне захворювання, демієлінізуюча хвороба)?		
Чи була у вас в минулому важка алергічна реакція (наприклад, анафілактичний шок)?		
Чи були у вас коли-небудь серйозні побічні ефекти після вакцинації?		
Чи є у вас серйозні порушення згортання крові (наприклад, важка гемофілія)?		
Ви вагітна?		

Дата:	Підпис вакцинованої особи:
-------	----------------------------

Дата:	Підпис медичного працівника, який проводить вакцинацію:
-------	---



