HOZZÁJÁRULÓ NYILTKOZAT

Comirnaty

COVID 19 mRNS vakcina beadásához

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!

Név:	
Születési dátum:	
TAJ szám:	
Lakcím:	
Telefonszám:	
e-mail cím:	

Tájékoztatom, hogy Ön a Pfizer/BioNTech által gyártott Comirnaty COVID 19 mRNS vakcinát kapja.

Az oltóanyag biotechnológiával előállított mRNS vakcina.
A vakcina elősegíti, hogy az immunrendszer (a szervezet természetes védelme) antitesteket és a vírus ellen ható vérsejteket termeljen, így nyújtson védelmet a COVID 19 ellen.
Mivel a Comirnaty nem a vírust tartalmazza az immunitást kiváltásához, így nem okozhat Önnek COVID-19-betegséget.

A koronavírus elleni védettség kialakulásához két oltásra van szükség, 21 napos különbséggel. Az oltottak védelme csak a vakcina második adagját követő 7 napon belül alakul ki.
Mint minden vakcinánál, a Comirnaty-val végzett vakcináció esetében is előfordulhat, hogy az nem véd meg minden beoltott személyt.

Jelenleg a várandós vagy szoptató nőknek, illetve a 16 évnél fiatalabb gyermekeknek és serdülőknek az oltás nem javasolt.

Felhívom a figyelmet, hogy a fogamzásképes nők a második oltás után legalább 2 hónapig kerüljék a terhességet.

Azon személyek, akiknek kórtörténetében bármely oltóanyaggal, gyógyszerrel 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 alkalmazása során.

A védőoltás beadása után oltási reakciók fordulhatnak elő. Ezek közül a leggyakoribbak: fájdalom a beadás helyén, fejfájás, hidegrázás, fáradtság, izomfájdalom, láz, injekció beadási helyén jelentkező duzzanat.
Nagyon ritkán előfordulhat: megnagyobbodott nyirokcsomók, rossz közérzet, végtagfájdalom, álmatlanság, viszketés az injekció beadási 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-el jelölni a táblázat megfelelő oszlopában az Ön jelenlegi állapotára vonatkozó válaszokat. Amennyiben a kérdések megválaszolásához segítségre van szüksége, vagy bármelyik kérdés nem egyértelmű kérem, jelezze azt az oltóorvosnak, hogy az oltás beadása előtt tájékoztatni tudja Önt az esetlegesen felmerült kérdésekről.

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):		
Ha igen, kérem sorolja fel,mi az: …… …… ……..		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Ha igen, kérem sorolja fel: …….		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Ha igen, kérem sorolja fel: …….		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója?		
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?		
Az elmúlt időszakban történt-e bármilyen egészségügyi kezelés, beavatkozás önnél?		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb		

szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést?		
Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 4 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Ha igen, kérem sorolja fel: …… …….		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

A fenti tájékoztatást elolvastam, önként, befolyástól mentesen hozzájárulok a COVID-19 elleni vakcina beadásához, valamint személyes és egészségügyi adataim járványügyi célból történő kezeléséhez.

Az oltást követően, esetenként allergiás reakció léphet fel, ezért 30 percig még a helyszínen tartózkodom. Ha ez idő előtt távozom, az saját felelősségemre történik.

Dátum:……

……

Aláírás