**Liptovská nemocnica s poliklinikou MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš**

ul. Palúčanská 25, 031 23 Liptovský Mikuláš tel. : 044/5563111

Oddelenie / ambulancia **: Vakcinačné centrum**

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť |  |
| Rodné číslo |  |
| Bydlisko (ulica, č. domu, mesto, PSČ) |  |
| Telefónne číslo / email (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie) |  |

*Ťažkosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:*

.......................................................................................................................................................................................................

*Navrhovaný (plánovaný) výkon prevencie:*

Podanie očkovacej látky je pri dvojdávkovej očkovacej schéme v dvoch dávkach, pri jednodávkovej očkovacej schéme v jednej dávke. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

Dodatočná tretia dávka pre imunokompromitované osoby je súčasťou základnej očkovacej schémy a vykonáva sa mRNA vakcínami. Posilňovaciu („booster“) dávku vakcíny proti ochoreniu COVID-19 pre ostatné osoby je možné podať v prípade dvojdávkovej očkovacej schémy najskôr po 3 mesiacoch po podaní základnej očkovacej schémy, v prípade proteínovej vakcíny 6 mesiacov po podaní primárneho očkovacieho cyklu a v prípade jednodávkovej očkovacej schémy najskôr po 8 týždňoch od podania základnej očkovacej schémy. Ďalšiu posilňovaciu („booster“) dávku mRNA vakcíny proti ochoreniu COVID-19 je možné podať najskôr 3 mesiace po aplikácii poslednej dávky vakcíny proti ochoreniu COVID-19.

Dolu podpísaný/á ................................................................................................................................................................................

potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného výkonu prevencie, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk/) a v priestoroch pracoviska - vakcinačné centrum LNsP).

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Taktiež potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o možných kontraindikáciách v súvislosti s podaním vakcíny, ktorými sú precitlivelosť na niektorú zložku vakcíny alebo akútne horúčkové ochorenie. Bližšie informácie o očkovacej látke môžete nájsť v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné získať na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk/) a v priestoroch pracoviska – vakcinačné centrum LNsP*.*

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným výkonom prevencie **SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM**1. Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne. 1 – nehodiace sa preškrtnúť

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na vakcinačnom centre LNsP bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na vakcinačnom centre LNsP trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V ................................................... dňa .….…...................................….. čas …..................................….

|  |  |
| --- | --- |
| ....................................................... | ....................................................... |
| podpis a otlačok pečiatky lekára | podpis osoby, ktorej sa poskytuje  zdravotná starostlivosť |