


PRAC

Klinika pracovního lékařství

Fm-L009-001-PRAC-009


INF

Infekční oddělení

verze č. 1, str. 1/3

Informovaný souhlas klienta (zákonného zástupce klienta) s aplikací očkovací látky

Klient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu klienta(ky): (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Vážená klientko, kliente, zákonný zástupce,

velmi si vážíme důvěry, kterou jste projevili(a) Fakultní nemocnici Olomouc. Pro usnadnění Vašeho rozhodnutí si Vás dovolíme v tomto záznamu informovat o provedení, významu i možných komplikacích plánovaného výkonu.

Název výkonu

Očkování proti infekční nemoci - aplikace očkovací látky

Účel výkonu

Očkování proti infekčním nemocem nehrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Očkování proti:

infekční onemocnění	název očkovací látky	Dávka č.	Podáno dne
žluté zimnici	Stamaril		
břišnímu tyfu	Typhim Vi		
choleře	Dukoral		
japonské B encefalitidě	Ixiaro		
virové hepatitidě A	Havrix 1440 Adult		
	Havrix 720 Junior		
	Avaxim		
virové hepatitidě B	Engerix B20 Adult		
virovým hepatitidám A+B	Twinrix Adult		
klíšťové meningoencefalitidě	Encepur pro dospělé		
	Encepur pro děti		
	Fsme-Immun 0,5 ml Adult		
	Fsme-Immun 0,25 ml Junior		
meningokokové meningitidě	Bexsero		
	Nimenrix		
	Meningococcal Polysaccharide A+C		
chřipce	Vaxigrip		
	Vaxigrip Tetra		
	Influvac Tetra		
pneumokokovým infekcím	Pneumo 23		
	Prevenar 13		
rakovině děložního čípku způsobené papilomaviry	Gardasil 9		
	Cervarix		
vzteklíně	Verorab		
dětské přenosné obrně	Imovax Polio		
záškrtu, tetanu a černému kašli	Boostrix		
záškrt, tetanus, černý kašel a dětská obrna	Boostrix Polio		
planým neštovicím	Varilrix		
zarděnkám + spalničkám + příušnicím	Priorix		
	M-M-RVAXPRO		
horečka dengue	Qdenga		

Povaha výkonu

Před výkonem: odběr anamnézy se zaměřením na dosud provedená očkování, epidemiologickou a alergologickou anamnézu, seznámení klienta s očkovacím schématem pro daný druh očkování (základní

očkovaní a přeočkovaní, tzn. počet aplikací očkovací látky nezbytných pro vytvoření protilátek) a doporučení nejvhodnějšího druhu očkovací látky proti infekčnímu onemocnění, u kterého je dostupných více druhů očkovacích látek.

Vlastní výkon: aplikace očkovací látky

- ☐ intramuskulárně (do svalu)

Místo vpichu vydezinfikujeme, aplikujeme očkovací látku jednorázovou injekční stříkačkou a jehlou do svalu. Po ukončení aplikace místo vpichu vydezinfikujeme a přelepíme náplastí.

- ☐ subkutánně (pod kůži)

Místo vpichu vydezinfikujeme, aplikujeme očkovací látku jednorázovou injekční stříkačkou a jehlou pod kůži. Po ukončení aplikace místo vpichu vydezinfikujeme a přelepíme náplastí.

- ☐ per os (ústí)

V kelímku rozpustíme očkovací látku v malém množství pitné vody a podáme k požití.

Po výkonu:

Po aplikaci očkovací látky je nutné setrvat 30 min v čekárně, následující 3 dny omezit fyzickou námahu, návštěvu sauny. Aplikace další očkovací látky je možná až za 14 - 30 dnů (dle druhu očkovací látky).

V případě jakýchkoliv potíží vzniklých bezprostředně po výkonu okamžitě upozorněte lékaře, který Vám očkovací látku aplikoval, v případě pozdější alergické reakce navštivte svého praktického lékaře (praktického lékaře/lékaře pro děti a dorost osoby, jíž jste zákonným zástupcem), ev. volejte ihned lékaře.

Předpokládaný prospěch výkonu

Vytvoření protilátek proti infekčnímu onemocnění a ochrana před infekčním onemocněním, proti kterému byla očkovací látka aplikována.

Alternativa výkonu

Alternativa výkonu není.

Možná rizika zvoleného výkonu

V ojedinělých případech je možný vznik následujících komplikací:

- zarudnutí, otok, bolestivost v místě vpichu,
- zvýšená teplota,
- nevolnost, bolest svalů, kloubů, hlavy,
- vzácně alergická reakce.

Souhlas:

pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:

ANO

NE

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.

ANO

NE

Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.

ANO

NE

Byl(a) jsem informován(a) o režimu po aplikaci očkovací látky.

ANO

NE

Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.

ANO

NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.

ANO

NE

- že jsem lékařům nezamítl(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit výsledek očkovaní nebo můj zdravotní stav.

ANO

NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta(tky)/nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci

Pokud se klient(ka) nemůže podepsat, uved'te důvody, pro které se klient(ka) nemohl(a) podepsat:			
Jak klient(ka) projevil(a) svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina

**V případě, že se očkovací látka podává ve více dávkách nebo se výkon opakuje, potvrdí klient(ka),
zákonný zástupce (opatrovník) souhlas s podáním každé dávky svým podpisem:**

Datum podání	Název očkovací látky Dávka č.	Podpis klienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)