**HOZZÁJÁRULÓ NYILTKOZAT
EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK RÉSZÉRE**

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?(Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikum allergia, lázcsillapító allergia NEM!)** |  |  |
| Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben? |  |  |
| **Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben?****(Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt COVID-19 fertőzés kizáró ok.)** |  |  |
| Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban? (Megjegyzés: elektív műtét után oltható.) |  |  |
| 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 2 hétben?** |  |  |
| Jelenleg van-e bármilyen panasza? |  |  |
| Ha igen, kérem sorolja fel: …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |  |  |
| **Jelenleg várandós-e?** |  |  |
| **Tervez-e várandóságot 3 hónapon belül?** |  |  |
| **Szoptat-e?** |  |  |

**Amennyiben az oltást követő 24-48 órában bármely szokatlan panaszt észlel, haladéktalanul hívja az oltóközpontot! 4558100/8127**

 **30/019-0517 30/019-0518**

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