
 <b>MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY</b>	<b>ŽIADOSŤ</b> o očkovanie proti ochoreniu COVID-19 pre deti vo veku 12 - 17 rokov + 364 dni
<i>Upozornenie</i>	
Vážený zákonný zástupca, predkladáte žiadosť o podanie posilňovacej („booster“) dávky vakcíny proti ochoreniu COVID-19 pre deti vo veku 12 - 17 rokov + 364 dní registrovanou vakcínou proti ochoreniu COVID-19 v neschválenej indikácii. Vzhľadom na túto skutočnosť je dôležité, aby ste boli informovaní, že sa môžu vyskytnúť aj nežiadúce účinky, pričom medzi najčastejšie patrili bolesť v mieste vpichu, únava a bolesť hlavy, myalgia a triaška, artralgia a pyrexia, avšak môžu sa vyskytnúť aj iné, ktoré neboli doteraz zaznamenané a popísané. Podanie posilňovacej dávky vakcíny pre deti vo veku 12 – 17 rokov + 364 dní je možné na základe povolenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 46 ods. 3 písm. a) a 4 zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na terapeutické použitie registrovaného lieku v neschválenej indikácii.	
<b>DIETĽA</b>	
Meno:	Priezvisko:
Bydlisko:	Rodné číslo:
<b>ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA</b>	
Meno:	Priezvisko:
Bydlisko: <small>(pozn. neuvádza sa ak je zhodné s bydliskom dieťaťa)</small>	Rodné číslo:
Číslo občianskeho preukazu:	E-mail:
Podpis zákonného zástupcu: <small>(pozn. táto žiadosť sa bude podpisovať až v ambulancii, ktorej sa vykonáva očkovanie proti ochoreniu COVID-19 po overení totožnosti zákonného zástupcu)</small>	Telefón:
Dátum očkovania:	

 <b>MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY</b>	<b>ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRE PACIENTA</b>
<i>Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</i>	
<b>IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA</b>	
Meno:	Rodné číslo:
Dátum a čas očkovania:	
<b>ANAMNESTICKÉ OTÁZKY PRE PACIENTA</b>	
<b>OTÁZKA</b>	<b>ÁNO</b>
	<b>NIE</b>
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašľávaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)	
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?	
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?	
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie účinky po podaní vakcíny?	
Máte vážnu poruchu zraňalivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?	
Ste tehotná ?	
Dátum:	Podpis zákonného zástupcu očkovaného / očkovanej:
Dátum:	Podpis očkujúcej zdravotníčky / očkujúceho zdravotníka:



## POUČENIE A PÍSOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA

podľa §6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdrav. starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdrav. starostliv. a o zmene a dopl. niektorých zákonov

### **Meno, priezvisko pacienta:**

Trvale bytom (*ulica, číslo domu, mesto, PSČ*):

Rodné číslo:

Tel. č. / e-mail:

Kód / názov zdravotnej poisťovne:

Názov všeobecného lekára pre deti a dorast:

### **Meno, priezvisko zákonného zástupcu:**

Trvale bytom (*ulica, číslo domu, mesto, PSČ*):

Tel. č. / e-mail:

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

### **Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:**

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) je 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. Posilňovaciu („booster“) dávku vakcíny je možné podať kompletne zaočkovanej osobe vo veku od 12 rokov do 17 rokov + 364 dní na základe žiadosti zákonného zástupcu najskôr za 3 mesiace, avšak optimálne za 4 – 6 mesiacov po podaní poslednej dávky základnej očkovacej schémy. Uvedené je na základe štúdií a odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie, FDA, CDC, STIKO a pod.

### **Dolu podpísaný/á (zákonný zástupca) .....**

potvrďujem svojim podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvuje maloletý/á za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách. Taktiež potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o možných kontraindikáciách v súvislosti s podaním vakcíny, ktorými sú precitlivosť na niektorú zložku vakcíny alebo akútne horúčkové ochorenie. Bližšie informácie o očkovacej látke a nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny 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 FNŠP Žilina.

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

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickým výkonom **SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM<sup>1</sup>**. Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

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

V ..... dňa ..... čas .....

.....  
podpis a otláčok pečiatky lekára

.....  
podpis zákonného zástupcu osoby, kt. sa poskytuje zdrav. starostlivosť

<sup>1</sup>nehodiace sa preškrtnúť