**Obsah obrázku text

Popis byl vytvořen automaticky*Dotazník o zdravotním stavu před očkováním proti COVIDU-19***

**Jméno a příjmení:** ……………………………………………………………

**Datum narození:** ……………………………………………………………...

* Tento dotazník slouží lékaři na očkovacím místě ke zhodnocení okolností Vašeho zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na Vaše očkování proti onemocnění COVID-19.
* Otázky si důkladně přečtěte a pravdivě zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, neznamená to, že nemůžete být očkován/a. V případě nejasností odpovězte ANO a odpověď s vámi pak upřesní lékař na očkovacím místě.

Všechny otázky dotazníku o zdravotním stavu jsou povinné

1. **Měl/a jste v minulosti závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po**

**nějakém očkování?** (povinná otázka pro V1, nepovinná pro V3)

*(např. např. astmatický záchvat, dušnost, mdloby, nevolnost, zvracení, vyrážka nebo otoky)*

* Ano
* Ne

1. **Měl/a jste závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po předchozím očkování proti Covid-19?** (povinná otázka pro V3, nepovinná pro V1)

* Ano
* Ne

1. **Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?**

*(příklady léku: warfarin, příklady poruch: hemofilie, leidenská mutace)*

* Ano
* Ne

1. **Máte nějakou závažnou poruchu imunity?**

*(např. HIV, onkologická onemocnění, léčba chemoterapií, radioterapií)*

* Ano
* Ne

*Obsah obrázku text

Popis byl vytvořen automaticky*

1. **Jste těhotná nebo kojíte?**

* Ano
* Ne

1. **Prodělal/a jste onemocnění Covid-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?**

*(doporučený časový odstup očkování proti Covidu-19 je nejdříve 3 měsíce po ukončení izolace)*

* Ano
* Ne

1. **Máte specifický zdravotní stav vyžadující individuální přístup personálu očkovacího centra?**

(*např. smyslové postižení, tělesné postižení, duševní onemocnění, specifické potřeby komunikaci, jiné zdravotní postižení)*

* Ano
* Ne

1. **Je vzhledem k vašemu specifickému zdravotnímu stavu nutná asistence jiné osoby při návštěvě očkovacího centra?**

* Ano
* Ne

1. **Máte aktuálně nějaké omezení pohyblivosti nebo orientace?**

(*např. hůl, francouzské berle, ortopedický vozík, rolátor)*

* Ano
* Ne

1. **Absolvoval/a jste v poslední době nebo v blízké době plánujete nějaké jiné očkování?**

*(např. očkování proti klíšťové encefalitidě, tetanu, virové hepatitidě typu A nebo B, pneumokokovým onemocněním, chřipce apod. Doporučujeme konzultaci s vaším očkujícím lékařem ohledně časového odstupu před a po očkování proti COVID-19), (obecně lze doporučit minimální odstup 2 týdny mezi jednotlivými očkováními)*

* Ano
* Ne

**Podpis pacienta**: …………………………………….