

# HOZZÁJÁRULÓ NYILTKOZAT

Comirnaty

COVID 19 mRNS vakcina beadásához

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Név:</b>             |  |
| <b>Születési dátum:</b> |  |
| <b>TAJ szám:</b>        |  |
| <b>Lakcím:</b>          |  |
| <b>Telefonszám:</b>     |  |
| <b>e-mail cím:</b>      |  |

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 védetség 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:<br>.....<br>.....   |      |     |
| 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?  |      |     |
| Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?   |      |     |
| Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben?   |      |     |
| Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban?  |      |     |
| 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 görcsroham, idegrendszeri problémája, bénulása? |  |  |
| Szenved-e vérbézszeri betegségben, fokozott vérzékenységben?  |  |  |
| Kapott-e védőoltást az elmúlt 4 hétben?                       |  |  |
| Jelenleg van-e bármilyen panasza?                             |  |  |
| Ha igen, kérem sorolja fel:<br>.....<br>.....                 |  |  |
| Jelenleg várandós-e?  |  |  |
| Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?                        |  |  |
| Szoptat-e?  |  |  |

A fenti tájékoztatást elolvastam, önként, befolyástól mentesen hozzájárulok a **Comirnaty** COVID 19 mRNS elleni vakcina beadásához, valamint személyes és egészségügyi adataim járványügyi célból történő kezeléséhez.

Az oltást követően, esetenként allergiás reakció léphet fel, ezért ..... percig még a helyszínen tartózkodom. Ha ez idő előtt távozom, az saját felelősségemre történik.

Dátum:.....

.....

Aláírás

2021.....-án .....órákor ..... perces, panaszmentes  
obszervációt követően távozott. Az utógondozáshoz hozzájárult.