**I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc**

Tel. 588 441 111, E-mail: [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz)

IČ: 00098892

# Dotazník před očkováním proti onemocnění COVID-19

**Jméno a příjmení:**

**Věk:**

**Telefonní číslo:**

**E-mail:**

**Přicházíte k aplikaci** 1. dávky 2. dávky

1. posilující (3.) dávky 2. posilující (4.) dávky

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vakcína** | COMIRNATY | NUVAXOVID | SPIKEVAX |
|  | (Pfizer/BioNTech) | (Novavax) | (Moderna) |

**Jste registrován v centrálním registračním systému?** NE ANO

Tento dotazník slouží lékaři ke zhodnocení okolností Vašeho **zdravotního stavu**, které by mohly mít vliv na Vaše plánované očkování proti onemocnění COVID-19.

Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůže být očkován/a. V případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ANO | NE |
| Cítíte se v tuto chvílí nemocný/á? |  |  |
| Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test? |  |  |
| Byl/a jste již očkován/a proti nemoci COVID-19? |  |  |
| Měl/a jste v minulosti závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po jiném očkování? |  |  |
| Měl/a jste závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po předchozím  očkování proti COVID-19? |  |  |
| Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve? |  |  |
| Máte nějakou závažnou poruchu imunity? |  |  |
| Jste těhotná nebo kojíte? |  |  |
| Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování? |  |  |

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékaři **nezamlčel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

**Souhlasím s aplikací očkovací látky** proti onemocnění COVID-19.

Podpis očkovaného: Datum:

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře: Datum: (podpis a razítko lékaře)

# PŘÍSLUŠNOST K PRIORITNÍ SKUPINĚ

Tato část dotazníku slouží k evidenci Vaší příslušnosti k prioritní skupině určené pro očkování.

# Dosažení věkové hranice

☐ 80 + ☐ 79-70 ☐ 69-65 ☐ 64-60 ☐ 59-55 ☐ 54-50 ☐ 49-45 ☐ 44-16

# Profesní prioritní skupiny

* Zdravotničtí pracovníci Oddělení ARO, JIP
* Zdravotničtí pracovníci Urgentní příjem
* Zdravotnická záchranná služba
* Zdravotničtí pracovníci Infekční oddělení
* Zdravotničtí pracovníci Plicní oddělení
* Ostatní zdravotničtí pracovníci
* Nezdravotničtí pracovníci podílející se na poskytování zdravotní péče
* THP pracovníci v nemocnicích
* Pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví provádějící epidemiologická šetření
* Ostatní pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví
* Laboratorní pracovníci zpracovávající biologické vzorky k vyšetření na covid-19
* Pracovníci a klienti v sociálních službách
* Všeobecní praktičtí lékaři pro děti a dorost, zubní lékaři, farmaceuti
* Pracovníci kritické infrastruktury
* Zaměstnanci Ministerstva obrany
* Bezpečnostní sbory
* Pedagogičtí pracovníci
* Ostatní pracovníci ve školství
* Akademičtí pracovníci VŠ
* Osoba pečující o osobu v III. nebo IV. stupni závislosti

# Osoby s chronickým onemocněním

* Hematoonkologické onemocnění
* Onkologické onemocnění (solidní nádory)
* Závažné akutní nebo dlouhodobé onemocnění srdce
* Závažné dlouhodobé onemocnění plic
* Diabetes mellitus
* Obezita
* Jiné závažné onemocnění
* Závažné dlouhodobé onemocnění ledvin
* Závažné dlouhodobé onemocnění jater
* Stav po transplantaci nebo na čekací listině
* Hypertenze
* Závažné neurologické nebo neuromuskulární onemocnění
* Vrozený nebo získaný kognitivní deficit
* Vzácné genetické onemocnění
* Závažné oslabení imunitního systému

Verze 11