**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  SKIPEVAX

(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