

JÁRVÁNYÜGYI NYILATKOZAT

(Ki kell töltenie valamennyi betegnek, eszméletlen állapotú beteg esetén a kísérő tölti ki.)

Név:Születési hely, dátum:

Anyja neve:TAJ szám:

Állandó lakcím:

Jelenlegi tartózkodási cím:

Telefonszám, melyen szükség esetén elérhető:.....

Kísérő adatai (eszméletlen állapotú esetén):Név:

Telefonszám, melyen szükség esetén elérhető:

Szenved-e Ön jelenleg akut légúti megbetegedésben? Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Láz (≥38 °C) <input type="checkbox"/> Köhögés <input type="checkbox"/> Légszomj
Tünet(ek) kezdete (ÉV.HÓ.NAP)	
Járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen Kérem nevezze meg mely ország(ok)ban járt:

Került-e szoros kapcsolatba az elmúlt 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött személlyel?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Egy háztartásban élek új koronavírus fertőzött beteggel <input type="checkbox"/> Személyes kapcsolatba kerültem új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) <input type="checkbox"/> Zárt légtérben tartózkodtam új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) pl. munkahely, osztályterem, kórházi beteglátogatás) <input type="checkbox"/> Repülőúton bármilyen irányban 2 ülésnyi távolságban ültem az új koronavírusal fertőzött betegtől VAGY az 2019-nCoV fertőzött beteget ápolta VAGY a repülőgép személyzeteként az új koronavírusal fertőzött beteg ülőhely szektorában láttam el szolgálatot <input type="checkbox"/> Közvetlen fizikai kapcsolatba kerültem új koronavírusal fertőzött személlyel (pl. kézfogás útján) <input type="checkbox"/> Védőeszköz alkalmazása nélkül új koronavírusal fertőzött beteg váladékával érintkezett (pl. ráköhögtek vagy szabad kézzel ért használt papír zsebkendőhöz) <input type="checkbox"/> Az előírt egyéni védőeszközök alkalmazása nélkül a COVID-19 beteg közvetlen ellátásában/ápolásában részt vettem <input type="checkbox"/> Laboratóriumi dolgozóként COVID-19 beteg mintáit kezeltem <input type="checkbox"/> Egy háztartásban élek olyan személlyel, aki jelenleg hatósági karantén (járványügyi elkülönítés) alatt áll. <input type="checkbox"/> Egy háztartásban élek olyan személlyel, aki az elmúlt 14 napban külföldi tartózkodásról tért haza.
---	---

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiekben megadott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Dátum:

.....
aláírás

HOZZÁJÁRULÓ NYILTKOZAT

Astra Zeneca COVID-19 (ChAdOx1-s/rekonbináns) vakcina beadásához, melyet kérjük olvashatóan kitölteni!

Név:	
Születési dátum:	
TAJ szám:	
Lakcím:	
Telefonszám:	
e-mail cím:	

Tájékoztatom, hogy Ön a COVID 19 vaccine AstraZeneca szuszpenziós injekciót kapja.

A vakcina elősegíti, hogy az immunrendszer (a szervezet természetes védelme) antitesteket és a vírus ellen ható vérszöveteket termeljen, így nyújtson védelmet a COVID 19 ellen.

Mivel az oltás nem a vírust tartalmazza az immunitást kiváltásához, így nem okozhat Önnek COVID-19-betegséget.

A koronavírus elleni védetség kialakulásához **két oltásra van szükség, 28-84 napos különbséggel.** Az oltottak védetsége az első adagot követően 3 héttel kezdődik, fennáll a 12. hétig, a második dózist az első adag után 4-12 héttel kell beadni.

Mint minden vakcinánál előfordulhat, hogy az nem véd meg minden beoltott személyt.

Jelenleg a várandós vagy szoptató nőknek, illetve a 18 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.

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.):		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Ha igen, kérem sorolja fel:.....		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Ha igen, kérem sorolja fel:.....		

	Igen	Nem
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszullete?		
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 görcsrohama, idegrendszeri problémája, bémulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 4 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panaszja?		
Ha igen, kérem sorolja fel:.....		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

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

.....
aláírás

Az oltást követően, esetenként allergiás reakció léphet fel, ezért 15 percig még a helyszínen tartózkodom. Ha ez idő előtt távozom, az saját felelősségemre történik.

Távozás időpontja:.....

Tünet:.....

Dátum:.....

.....
aláírás