

# 1.,JÁRVÁNYÜGYI NYILATKOZAT- Sinopharm vakcina

(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 <b>jelenleg</b> akut légúti megbetegedésben?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e?	<input type="checkbox"/> Láz ( $\geq 38$ °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 koronavírussal 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 koronavírus fertőzött betegtől VAGY az 2019-nCoV fertőzött beteget ápolta VAGY a repülőgép személyzeteként az új koronavírus fertőzött beteg ülőhely szektorában láttam el szolgálatot <input type="checkbox"/> Közvetlen fizikai kapcsolatba kerültem új koronavírus fertőzött személlyel (pl. kézfogás útján) <input type="checkbox"/> Védőeszköz alkalmazása nélkül új koronavírus 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: .....

.....

## HOZZÁJÁRULÓ NYILTKOZAT Sinopharm vakcina beadásához

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!

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

Tájékoztatom, hogy Ön a CNBG BIO COVID-19 vakcina (Vero Cell), inaktivált –Sinopharm vakcinát kapja. Ezt a készítményt 19nCoV-CDC-Tan-HB02 törzs felhasználásával állítják elő,

Vero-sejteken, majd – inkubációt követően – a folyadékot kinyerik, inaktiválják, koncentrálnak, tisztítják és Al(OH)<sub>3</sub> adjuvánst (a hatást erősítő anyagot) adnak hozzá. Nem tartalmaz antibiotikumot vagy tartósítószert.

A hatóanyag: inaktivált 19nCoV-CDC-Tan-HB02 törzs Adjuváns: Al(OH)<sub>3</sub> Segédanyagok: nátrium-hidrogén-foszfát, nátrium-klorid, nátrium-dihidrogén-foszfát

Ezt a gyógyszert a SARS-CoV-2-fertőzés okozta COVID-19 megelőzésére alkalmazzák. Ezt a gyógyszert feltételesen hagyták jóvá a III. fázisú klinikai vizsgálatok adatai alapján. A védőhatásra vonatkozó értékeléshez a végső adatok egyelőre nem állnak rendelkezésre, a hatásosság és a biztonságosság még további ellenőrzésre szorul.

Alapimmunizálás: 2 alkalommal – az egyes alkalomok között 21-28 nap különbséggel. Az emberi felhasználásra szánt adag 0,5 ml. Intramuszkuláris (izomba adott) injekció formában történő alkalmazásra; az injekció beadásának optimális helye a felkar deltaizomzata. Nincs meghatározva, hogy szükséges-e ennél a készítménynél emlékeztető oltás.

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

Nem kaphatja meg a védőoltást, aki:

- 1) Olyan személyek, akiknél a készítmény bármely összetevőjével (a segédanyagokat is beleértve) szemben ismert túlérzékenység áll fenn.
- 2) Olyan személyek, akiknél korábban vakcinák alkalmazásakor súlyos mellékhatások jelentkeztek (például heveny túlérzékenységi reakció; végtagok, szemek, ajkak, torok duzzanata [angioneurotikus ödéma]; légszomj stb.).
- 3) Terhes, illetve szoptató nők.
- 3) Azon személyeknél, akiknél a krónikus betegség nincs megfelelően egyensúlyban, vagy krónikus betegség akut fellángolása esetén, vagy kórtörténetükben túlérzékenység szerepel.

(1)Az injekció beadásának helyén tapasztalt mellékhatások:

nagyon gyakori: fájdalom, nem gyakori: bőremelegség, duzzanat, keményedés vagy csomó, bőrkiütés, viszketés; ritka: bőr kivörösödése (2)Az egész szervezetet érintő (szisztémás) mellékhatások nagyon gyakori: fejfájás gyakori: láz, fáradékonyság, izomfájdalom, ízületi fájdalom, köhögés, nehézlégzés, hányinger, hasmenés, viszketés nem gyakori: szédülés, étvágytalanság, hányás, szájgaratfájdalom, nyelési nehézség, orrfolyás, székrekedés, túlérzékenység ritka: hirtelen kialakuló (heveny, akut) allergiás reakció, aluszékonyság, álmatlanság, tüszögés, orrgaratgyulladás, orrdugulás, torokszárazság, influenzaszerű tünetek, érzécsökkenés, végtagfájdalom, szívdobogásérzés, hasi fájdalom, bőrkiütés, bőrnyalvárendellenesség, pattanás (akne), szemfájdalom, kellemetlen érzés a fülben, nyirokcsomó-bántalom (limfadenopátia); nagyon ritka: hidegrázás, ízérvészavarok, ízérzet elvesztése, érzésvihar (paresztézia), remegés, figyelemzavar, asztma, torokirritáció, mandulagyulladás, kellemetlen érzés a végtagokban, nyaki fájdalom, állkapocsfájdalom, nyaki duzzanat, szájfekély, fogfájdalom, a nyelőső betegségei, gyomorhurut (gasztritisz), a széklet színének változása, szemfájdalom, homályos látás, szemirritáció, látáscsökkenés, fülfájdalom, idegesség, magas vérnyomás, alacsony vérnyomás, vizelettartási nehézség (vizeletinkontinencia), késlekedő menstruációs vérzés

A védőoltást követő lehetséges reakciók általában pár nap múlva 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:	..... .....	

.....		
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 vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 4 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
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 Sinopharm Covid -19 elleni vakcina beadásához, valamint személyes és egészségügyi adataim járványügyi célból történő kezeléséhez és az utánkövetéshez. Az oltást követően, esetenként allergiás reakció léphet fel, ezért 30 percig még a helyszínen tartózkodom. Ha ez idő előtt távozom, az saját felelősségemre történik.**

**Orvos tölti ki!**

Hőmérséklet:.....C° Beadási időpont:..... Távozási időpont:.....

Tünet: .....

--

**Dátum:** Pécs, .....

.....

**Aláírás**