

OLTHATÓSÁGI VIZSGÁLAT COVID-19 ELLENI VAKCINA BEADÁSA ELŐTT

Név:	Születési dátum:
TAJ szám:	Lakcím:
Telefonszám:	email cím:
Az olthatóságot vizsgáló orvos neve, pecsétszáma	Oltást végző intézmény:

KÉREM, VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)

KÉRDÉSEK	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):		
Ha igen, sorolja fel:		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Ha igen, sorolja fel:		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Ha igen, sorolja fel:		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? (Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikumallergia, lázcsillapító allergia NEM!)		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? (Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok, 3 hónapon belül PCR igazolt fertőzés szociális otthonban NEM kizáró ok, másutt igen. A fertőzés átvészelése, a klinikai gyógyulás után, illetve tünetmentes fertőzés esetén a mintavételtől számított 10 nap karantén leteltével a védőoltás nem ellenjavallt a szociális otthonok lakói, illetve dolgozói esetében)		
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, bénulása?		

KÉRDÉSEK	Igen	Nem
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

Dátum:.....

Aláírás:

A fentiek alapján a COVID-19 elleni vakcina (kérjük aláhúzni)
beadható

nem adható be

később adható be

.....
Orvos aláírás, pecsét

A 2. oltás időpontjában a fenti kérdésekre adott válaszokban változás nincs, az oltás beadható

Dátum:.....

.....
Orvos aláírás, pecsét

TÁJÉKOZTATÓ és HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

COVID-19 elleni vakcina beadásához

Oltóanyag neve: _____

Oltandó neve:	Születési dátum:
TAJ szám:	Lakcím:
Telefonszám:	email cím:
Lakó vagy dolgozó?	Oltást végző intézmény:
Amennyiben gondnokság alatt áll, a nevében nyilatkozó személy neve, sz.ig. száma	

Tájékoztatjuk, hogy Ön a COVID 19 elleni vakcinát kapja, mely elősegíti, hogy az immunrendszer (a szervezet természetes védelme) antitesteket és a vírus ellen ható vérsejteket termeljen, így nyújtson védelmet a COVID 19 ellen.

Figyelmeztetések, ellenjavallatok, javaslatok

- 1. A koronavírus elleni védettség kialakulásához oltóanyagtól függően egy vagy két oltásra van szükség, utóbbi esetben 21 napos vagy 28 napos különbséggel.** Az oltottak védelme csak a vakcina szükséges adagjának beadását követő 7/10 napon belül alakul ki. Mint minden vakcinánál, a COVID-19 elleni vakcináció esetében is **előfordulhat, hogy az nem véd meg minden beoltott személyt.** Immunrendszer működését gátló kezelésben részesülők (daganatos kezelés, transzplantáció, egyéb okból immuran, szteroid kezelés stb), valamint autoimmun betegségben szenvedők esetén az oltás kevésbé lehet hatékony a fertőzéssel szembeni védelem terén, de beadása nem kontraindikált.
- 2. Jelenleg a várandós vagy szoptató nőknek, illetve a 16 évnél fiatalabb gyermekeknek és serdülőknek az mRNS alapú oltás nem javasolt.**
- 3. Felhívjuk a figyelmet, hogy a fogamzásképes nők mRNS alapú oltás esetén a második oltás után legalább 2 hónapig kerüljék a terhességet.**
- 4. Magas lázzal járó betegségben, súlyos fertőzés esetén az oltás beadása kontraindikált.** Enyhe hőemelkedés, megfűléses panaszok mellett az oltás beadható.
- 5. Azon személyek, akiknek kórtörténetében ismeretlen eredetű, 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.

Lehetséges oltási reakciók, mellékhatások, szövődmények

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.

A legsúlyosabb, de nagyon ritka következmény a heveny súlyos allergiás reakció, anafilaxiás sokk, melynek bevezető tünetei lehetnek: torokduzzanat, bőrpír, kiterjedt bőrvizketés, csalánszerű kiütések, szédülés, fulladás, arc, szem, egyéb testtájak hevenyen fellépő duzzanata. Ezek a beadást követően 10-20 percen belül lépnek fel, ezért kérjük, hogy az oltás után kért várakozási időt feltétlenül töltsse el az oltóhelyen, és azonnal jelezze az oltásban résztvevő személyeknek a panaszát.

☐ A fenti tájékoztatást elolvastam, önként, befolyástól mentesen hozzájárulok a COVID 19 elleni vakcina beadásához, **amennyiben a fentiek és a később kitöltésre kerülő kérdőív alapján kontraindikációja nincs.**

☐ **A jelen nyilatkozatom a 2. oltásra is érvényes, ha kontraindikációja nincs.**

☐ Az oltóhely, mint egészségügyi szolgáltató, és az NNK által kiadott adatkezelési tájékoztatókat megismertem.

☐ Hozzájárulok személyes és egészségügyi adataim járványügyi célból történő kezeléséhez a kórház, a Nemzeti telefonos egészségügyi szolgálat valamint az NNK által.

☐ Hozzájárulok, hogy az oltóhely illetve a Nemzeti telefonos egészségügyi szolgálat az oltással kapcsolatban részemre SMS-t, e-mail üzenetet küldjön, vagy telefonon keressen.

Az oltást követően, esetenként allergiás reakció léphet fel, ezért 30 percig még a helyszínen tartózkodom. **Ha ez idő előtt távozom, az saját felelősségemre történik.**

Dátum:.....

.....
Oltott személy, vagy gondnoka aláírása