|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Karta procesu – KP-02.1.2** | Vydanie č.: | 1 |
| **Poučenie pacienta -**  **vakcinácia** |
| Archivačný znak: | 5 |
| Strana: | 1 / 2 |
| Výtlačok riadený / ~~neriadený~~ | |

**Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta**

**v zmysle § 6 zákona č. 576/2004, Z. z.**

Meno a priezvisko osoby: .......................................................................r. č.: …….……….……….…...…........................

bydlisko (ulica, čís.domu, PSČ): ..…….....................................................................................…...................................

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): ..................................................…........................

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

......................................................................................................................................................................................

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie očkovacej látky je v dvoch dávkach. Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobo tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia.

Dolu podpísaný/á ...............................................................................................................................

potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiadúce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk a v priestoroch pracoviska **Nemocnica Snina, s.r.o..**

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickým výkonom **súhlasím – nesúhlasím.\*** Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať **v Nemocnici Snina, s.r.o** bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na.....................................(doplniť očkovacie miesto) trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V Snine dňa .….…………..............čas …...…..................

................................................................... ...........................................................

podpis osoby, ktorej sa poskytuje podpis a odtlačok pečiatky lekára

zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)

\* nehodiace preškrtnúť