szpital Dworska®

Szpital Dworska | ul.Dworska 1B/LU1 | 30-314 Kraków | tel. 12 362 72 52 |
rejestracja@dworska.pl | dworska.pl

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO COVID-19

(nazwa zabiegu)

Imię i nazwisko .....

PESEL/Data urodzenia .....

Adres .....

Telefon ..... **Email** .....

I Nazwa procedury medycznej lub zabiegu:

SZCZEPIENIE PRZECIWKO COVID-19

II Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej:

Szczepionka Pfizer-BioNTech przeciw COVID-19 (COMIRNATY) będzie podawana poprzez wstrzyknięcie domięśniowe. Szczepionka Pfizer-BioNTech przeciw COVID-19 zostanie wstrzyknięta w serii 2 dawek podanych w odstępie 3 tygodni. Po otrzymaniu pierwszej dawki szczepionki Pfizer-BioNTech przeciw COVID-19 druga dawka tej samej szczepionki zostanie podana po upływie 3 tygodni, co zakończy serię szczepienia.

III Opis innych dostępnych metod leczenia: brak

IV Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją:

Bezpieczeństwo jest porównywalne do innych szczepionek przeciwwirusowych.
W związku ze szczepionką Pfizer-BioNTech przeciw COVID-19 zgłoszono następujące działania uboczne:
- ból w miejscu wstrzyknięcia
- uczucie zmęczenia
- ból głowy
- ból mięśni
- dreszcze
- ból stawów
- gorączka
- opuchlizna w miejscu wstrzyknięcia
- zaczerwienienie w miejscu wstrzyknięcia
- mdłości
- złe samopoczucie
- powiększenie węzłów chłonnych (limfadenopatia)

3. u osób po przebytej wcześniej anafilaksji lub ciężkiej reakcji alergicznej na leki lub żywność ryzyko wstrząsu anafilaktycznego.

V Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku z podaniem szczepionki pacjenta:

Istnieje również niewielkie prawdopodobieństwo, że szczepionka Pfizer-BioNTech przeciw COVID-19 może spowodować silną reakcje alergiczną. Silna reakcja alergiczna następuje zazwyczaj po kilku minutach do godziny po przyjęciu dawki szczepionki Pfizer-BioNTech przeciwko COVID-19.

Objawy silnej reakcji alergicznej mogą obejmować:
- trudności z oddychaniem
- opuchliznę twarzy i gardła
- szybki rytm serca
- silna wysypkę na całym ciele
- zawroty głowy i osłabienie

VI Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia:

Ryzyko ciężkiego przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 (COVID-19)

VII Oświadczenie pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta/opiekuna prawnego:

1) Ja niżej podpisany dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko ww. chorobie: COVID-19
2) Zostałem(am) poinformowany(a) przez lekarza:

(imię i nazwisko lekarza) .....

o zasadach, celowości, działaniu, sposobie prowadzenia, ewentualnych powikłaniach i następstwach proponowanego szczepienia ochronnego. Miałem(łam) nieskrępowaną możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem odpowiedź. Wszystkie przekazane mi informacje na powyższe tematy są dla mnie zrozumiałe i nie budzą watpliwości.
3) Wyrażam dobrowolnie zgodę na zostosowanie u mnie szczepionki- COMIRNATY.

....

Kraków, dnia **Czytelny podpis - pełne imię i nazwisko**

ANKIETA (wypełnia osoba szczepiona)

	TAK	**NIE**
Czy kiedykolwiek wcześniej wystąpiła anafilaksja lub ciężka reakcja alergiczna na leki lub żywność?		
Czy cierpisz na jakiekolwiek alergie?		
Czy w ostatnim tygodniu wystąpiła gorączka?		
Czy masz zaburzenia krzepliwości krwi i przyjmujesz lek przeciwzakrzepowy?		
Czy masz obniżoną odporność lub przyjmujesz leki wplywający na układ odpornościowy?		
Czy jesteś w ciąży lub planujesz ciąże?		
Czy karmisz piersia?		
Czy zaszczepiono Cię inna szczepionka przeciwko COVID-19?		

....

Kraków, dnia **Czytelny podpis - pełne imię i nazwisko**

....

Kraków, dnia **Czytelny podpis - pełne imię i nazwisko lekarza**