

**Dotazník před provedením****očkování druhou nebo posilovací dávkou vakcíny proti nemoci COVID-19 (booster)**

Jméno a příjmení pacienta: _____

Datum narození (nebo RČ) _____

Vážený pane, vážená paní,

dostavil/a jste se dobrovolně k aplikaci druhé nebo posilovací dávky očkovací látky proti nemoci COVID-19. Vyplněním krátkého dotazníku nám poskytnete informace, které nám pomohou porozumět prospěchu a rizikům spojeným s podáním vakcíny. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte "ano", neznamená to automaticky, že nemůžete být očkovan(a). Pokud Vám některá otázka není jasná, nechte si ji vysvětlit od očkujícího personálu. Pokud při vyplňování tohoto dotazníku máte jakékoli další otázky, poraďte se s ošetřujícím lékařem nebo očkujícím personálem.

Datum aplikace poslední předchozí dávky:	Při předchozím očkování mi byla aplikována očkovací látka
--	---

Tento dotazník nám pomůže určit, zda by se dnešní očkování mělo provést nebo odložit.

	ano	ne
Měl(a) jste v minulosti závažnou alergickou (anafylaktickou) reakci po nějakém očkování (včetně případného očkování proti nemoci COVID-19)?		
Cítíte se dnes nemocný(á)		
Prodělal(a) jste od předchozího očkování nemoc COVID-19 nebo jste měl(a) pozitivní PCR test?		
Máte nějakou závažnou krvácivou poruchu (např. hemofilii, Leidenskou mutaci apod.)?		
Absolvovala/a jste v poslední době nebo v blízké době plánujete nějaké jiné očkování? (Obecně lze doporučit odstup 2 týdny mezi jednotlivými očkováními).		
Máte nějakou závažnou poruchu imunity (např. HIV, aktivní onkologické onemocnění, aktuální léčba chemoterapií, či radioterapií, apod.)?		
Jste těhotná nebo kojíte?		

Žádám o provedení přeočkování.

Podpis očkovaného (u dětí do 15 let zákonného zástupce): _____

Datum: _____

Vyplní očkovací centrum:

Registrace	Lékař	Očkovací box
		Čas aplikace: Podpis:

Reakce na očkování
Reakce na očkování: () Certifikát vydán () Certifikát nevydán