



Igazgatóság
Telefon: +36-20-257-2134
Dr. Pócza Péter, PhD
főigazgató főorvos

Budakeszi Egészségügyi Központ
2092 Budakeszi, Fő út 179.
igazgató: Dr. Pócza Péter
email: igazgato@ek.budakeszi.hu

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Szputnyik-V COVID-19 vakcina beadásához

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!

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

Tájékoztatom, hogy Ön a Szputnyik-V COVID-19 vakcinát kapja.

A koronavírus elleni védettség kialakulásához két oltásra van szükség, 21 napos különbséggel.

Az oltottak védelme csak a vakcina második adagját követő 7 napon belül alakul ki.

Mint minden vakcinánál, a Szputnyik V-tel végzett vakcináció esetében is előfordulhat, hogy az nem véd meg minden beoltott személyt.

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.

Védőoltás bármely összetevőjével vagy hasonló összetevőket tartalmazó védőoltásokkal szembeni túlérzékenység, illetve korábban előforduló anafilaxiás reakció a védőoltás beadásának ellenjavallatát képezheti.

A második komponens ellenjavallata, ha az első védőoltás után anafilaxiás sokk alakult ki.

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.

Az alábbi kérdőív segítségével fogjuk eldönteni, hogy jelenleg beadható-e a védőoltás az Ön részére.

Kérem, szíveskedjen egyértelműen X-szel 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.):		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		

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 kizáró ok)		
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 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

A fenti tájékoztatást elolvastam, önként, befolyástól mentesen hozzájárulok a Szputnyik-V COVID-19 elleni vakcina beadásához, valamint személyes és egészségügyi adataim járványügyi célból történő kezeléséhez.

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

Tudomásom van arról, hogy jelenleg az NNK általi oltási tervben meghatározott személyek közül mely érintetti kör részesülhet oltásban. Aláírással nyilatkozom, hogy NNK oltási tervében rögzített aktuálisan érintett személyi körbe tartozom.

Dátum:.....

.....
Aláírás