



Informovaný souhlas s aplikací očkovací látky proti pandemické chřipce A H1N1

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Pojišťovna:

Dostavil/a jsem se dobrovolně k aplikaci očkovací látky proti pandemické chřipce A H1N1 (Pandemrix).

Prohlašuji, že nemám žádné známky akutního infekčního onemocnění, jako jsou kašel, rýma, zvýšená teplota, průjem apod. a že v mém bezprostředním kontaktu nikdo netrpí akutním onemocněním s podobnými příznaky.

Prohlašuji, že nevím o žádném důvodu, který by mi bránil v aplikaci této očkovací látky.

Podpisem tohoto informovaného souhlasu potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s možnými vedlejšími účinky a přečetl/a jsem si informace o léčivém přípravku uvedené v příloze tohoto informovaného souhlasu.

Těmito informacím rozumím a nemám žádné otázky ani nejasnosti.

Byl/a jsem poučen o způsobu aplikace vakcíny a postvakcinačním režimu. Jsem si vědom/a toho, že aplikace vakcíny může mít za následek poškození mého zdraví. Rovněž jsem byl/a seznámen/a s tím, do jaké míry a proti čemu by mne měla tato očkovací látka chránit.

Nevím o tom, že bych měl/a v minulosti alergickou reakci na jakékoliv léky.

Pokud ano, uvádím zde na které léky jsem alergickou reakci měl/a:

.....

(Zůstává-li řádka shora nevyplněna, platí věta, že nevím o tom, že bych měl/a v minulosti alergickou reakci na jakékoliv léky).

Dosud jsem neměl/a žádné příznaky svědčící pro alergii na vejce, vaječnou nebo kuřecí bílkovinu, gentamicin-sulfát, deoxycholát sodný., ovalbumin, formaldehyd

Po přečtení informací o léčivém přípravku v příloze tohoto informovaného souhlasu a seznámení s možnými vedlejšími účinky, způsobem aplikace vakcíny a postvakcinačním režimu prohlašuji, že s aplikací této očkovací látky do svalu paže /m. deltoideus/ souhlasím a dobrovolně ji podstupuji.

Šarže použité očkovací látky:

Dne

Podpis:

Příloha: Příbalová informace-informace pro uživatele PANDEMRIX