

**Biatorbágy Város Egészségügyi Ellátó Nonprofit Kft.**

2051 Biatorbágy Mester utca 2. Tel: 23/534-560

egeszseghaz@biatorbagy.hu

**HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT 1.**

Comirnaty

COVID 19 mRNS vakcina beadásához

<b>Név:</b>	
<b>Születési dátum:</b>	
<b>TAJ:</b>	
<b>Lakhely:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>E-mail cím:</b>	

**Tájékoztatom, hogy Ön a Pfizer/BioNTech által gyártott Comirnaty COVID 19 mRNS vakcinát kapja.**

Az oltóanyag biotechnológiával előállított mRNS vakcina.

A vakcina elősegíti, hogy az immunrendszer (a szervezet természetes védelme) antitesteket és a vírus ellen ható vörsejtek termeljen, így nyújtson védelmet a COVID 19 ellen.

Mivel a Comirnaty nem a vírust tartalmazza az immunitás kiváltásához, így nem okozhat Önnek COVID 19-betegséget.

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

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

Mint minden vakcinánál, a Comirnaty-val végzett vakcináció esetében is előfordulhat, hogy az nem véd meg minden beoltott személyt.

Jelenleg a várandós vagy szoptató nőknek, illetve a 16 évnél fiatalabb gyermekeknek és serdülőknek az oltás nem javasolt.

Felhívom a figyelmet, hogy a fogamzásképes nők a második oltás után legalább 2 hónapig kerüljék a terhességet.

Azon személyek, akiknek a kórtörténetében bármely oltóanyaggal, gyógyszerrel azonnali anafilaxiás reakció

szerepel, nem kaphatják meg a védőoltást. A vakcina második adagját nem szabad beadni azoknak sem, akik anafilaxiás reakciót mutattak az első oltás alkalmazása során.

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.

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.

**Kérjük az állapotára vonatkozó megfelelő választ jelöljék be!**

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.

Kérdések a következő oldalon folytatódnak!

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magasvérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.) Ha igen, kérem sorolja fel, mi az:		
Rendszeresen szed-e gyógyszert? Ha igen, kérem, sorolja fel:		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? Ha igen, kérem, sorolja fel:		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója? <b>(Megjegyzés: ismeretlen gyógyszer okozta anafilaxia kizáró ok, antibiotikumallergia, lázcsillapító allergia NEM!)</b>		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben? <b>(Megjegyzés: akut lázas betegség kizáró ok!)</b>		
Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban?		
Az elmúlt időszakban történt-e bármilyen egészségügyi kezelés, beavatkozás Önnél?		
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. sugárkezelés?		
Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 4 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza? Ha igen, kérem, sorolja fel:		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

A fenti tájékoztatást elolvastam, önként, befolyástól mentesen hozzájárulok a **Comirnaty** COVID 19 mRNS elleni vakcina beadásához, az Adatkezelési Tájékoztatóban foglaltakhoz, 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 távozom, az saját felelősségemre történik.

Tudomásom van arról, hogy jelenleg az NNK általi oltási tervben meghatározott személyek közül mely érintett kör részesülhet oltásban.

Aláírással nyilatkozom, hogy NNK oltási tervében rögzített aktuálisan érintett személyi körbe tartozom.

.....  
aláírás

Biatorbágy, 2021. március ....