

Informovaný souhlas pacienta(tky) před očkováním
Інформована згода пацієнта перед вакцинацією

Očkování dětí / вакцинацію дітей

Vážená paní, Vážený pane,

jako svéprávný jedinec máte právo se svobodně rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče (pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují) a máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Шановна пані, Шановний пане,

Оскільки Ви, як дієздатна особа, приймаєте важливу роль у запланованій для Вас діагностиці та лікуванні, Ви маєте невід'ємне право бути детально поінформованим(ою) про ці процедури, перш ніж будете приймати рішення.

DOTAZNÍK – AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE

Tento dotazník slouží lékařům ke zhodnocení okolností zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na očkování. Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a pravdivě zodpovězte.

АНКЕТА – ТОЧНИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ

Ця анкета використовується лікарями для оцінки захворювань, які можуть вплинути на вакцинацію. Будь ласка, уважно прочитайте запитання та дайте на них правдиву відповідь.

Anamnéza / Анамнез:

<p>1. Je dítě v tuto chvíli nemocné nebo bylo v posledních třech týdnech nemocné? Чи хворіє дитина в цей час, чи хворіла вона протягом останніх трьох тижнів?</p>	Ano / TAK*	Ne / HI*
<p>ANO – vyplňte podrobněji / TAK – пишіть детальніше:</p>		
<p>2. Měl/a někdy v minulosti závažnou alergickou reakci nebo jinou závažnou reakci po očkování nebo po podání léků? Чи була у вас коли-небудь важка алергічна реакція або інша серйозна реакція після вакцинації або прийому ліків?</p>	Ano / TAK*	Ne / HI*
<p>ANO – vyplňte podrobněji / TAK – пишіть детальніше:</p>		
<p>3. Absolvoval/a v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování? Чи робили Ви ще якісь щеплення за останні два тижні?</p>	Ano / TAK*	Ne / HI*

* nehodící se škrtněte/* непотрібне викреслити

Dokument je duševním vlastnictvím FN Ostrava a je určen výhradně pro potřebu zaměstnanců FN Ostrava./ Документ є інтелектуальною власністю Клінічної лікарні Острави та призначений виключно для потреб працівників Клінічної лікарні Острави.

ANO – jaké / TAK що:		
4. Má Vaše dítě nějaké chronické onemocnění (např. neurologické, epilepsie, cukrovka, porucha imunity, poruchy krvev tvorby, poruchy ledvin, jiné – uveďte) Чи має ваша дитина якісь хронічні захворювання (наприклад, неврологічні захворювання, епілепсія, цукровий діабет, імунні розлади, порушення кровотворення, порушення роботи нирок тощо – будь ласка, уточніть)	Ano / TAK*	Ne / HI*
ANO – uveďte jaké / TAK – будь ласка, вкажіть:		
5. Užívá pravidelně léky? Чи регулярно він приймає ліки?	Ano / TAK*	Ne / HI*
ANO – jaké / TAK що:		
6. Pro dívky – jste těhotná nebo kojíte? Для дівчат – ви вагітні чи годуєте грудьми?	Ano / TAK*	Ne / HI*
7. Doklad o proběhlém očkování přiložen? Доказ про вакцинацію додається?	Ano / TAK*	Ne / HI*

Dotazník před očkováním (vyplňte hůlkovým písmem)

Анкета перед вакцинацією (заповнити друкованими літерами)

Osobní a kontaktní údaje <u>pacienta</u> / Особисті та контактні дані <u>пацієнта</u>		
Příjmení	Прізвище	
Jméno	Ім'я	
Datum narození	Дата народження	
Číslo pojištění V.Z.P.	Страховий номер В.З.П	
Číslo pasu	Номер паспорта	
Číslo víza	Номер візи	
Adresa v Ukrajině	Адреса в Україні	
Adresa v ČR	Адреса в Чехії	

Osobní a kontaktní údaje <u>zákonného zástupce</u> / <u>Особисті та контактні дані законного представника</u>		
Zákonný zástupce – příjmení	Законний представник - прізвище	
Jméno	Ім'я	
Vztah k pacientovi (matka..)	Відношення до пацієнта (матері ..)	
Datum narození	Дата народження	
Číslo pasu	Номер паспорта	
Číslo víza	Номер візи	
Mobil ČR	Мобільний телефон в Чехії	
Email	Електронна пошта	

Informace po proběhlém očkování / Інформація після вакцинації:

1. Po očkování musíte počkat nejméně 30 minut v čekárně pro případ, že by se dítěti udělalo nevolno. Pokud by se tak stalo, informujte okamžitě personál.

Після вакцинації ви повинні почекати не менше 30 хвилин у приймальні, якщо ваша дитина захворіє. Якщо це сталося, негайно повідомте персонал.

2. V den očkování je vhodné dodržovat klidový režim.

У день вакцинації бажано дотримуватися режиму відпочинку.

3. Po očkování se u dítěte může projevit bolest, zarudnutí nebo otok v místě injekce. Z celkových příznaků zvýšená teplota, únava, podráždění, plačtivost, nevolnost. Příznaky obvykle do několika dní samy odezní bez nutnosti léčby. Na teplotu přes 38 st. užívejte zvyklé léky na teplotu (Paralen, Nurofen, Ibalgin – dávkování viz příbalový leták). V případě, že potíže přetrvávají déle jak tři dny, dochází k jejich zhoršení či se projeví jiné příznaky, kontaktujte lékaře.

Після вакцинації дитина може відчувати біль, почервоніння або набряк у місці ін'єкції. Із загальних симптомів – лихоманка, втома, роздратування, плач, нудота. Симптоми зазвичай зникають самостійно протягом декількох днів без необхідності лікування. При температурі понад 38 градусів. приймати звичайні ліки від температури (Парален, Нурофен, Ібалгін – дозування, дивіться в інструкції). Якщо проблема не зникає більше трьох днів, погіршується або має інші симптоми, зверніться до лікаря.

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzujete, že jste lékaři nezamířel/a žádné informace o zdravotním stavu dítěte a rozumíte poskytnutým informacím.

Підписуючи цю анкету, ви підтверджуєте, що не приховували від лікаря жодної інформації про стан здоров'я дитини та розумієте надану інформацію.

Souhlasím s aplikací očkovací látky / Я згоден із застосуванням вакцини

Podpis zákonného zástupce / Підпис законного представника:.....

Datum / Дата:.....

VYPLŇUJE OČKOVACÍ MÍSTO / ЗАВЕРШУЄ САЙТ ВАКЦИНАЦІЇ:

Podpis zdravotnického pracovníka, který podal informace a získal informovaný souhlas s očkováním.

Підпис медичного працівника, який надав інформацію та отримав інформовану згоду на вакцинацію.

Podpis a razítko / Підпис і штамп:..... Datum / Дата:.....

Záznam ve zdravotnické dokumentaci dle § 1 odst. 2 písm. h) vyhlášky č. 98/2012 Sb.:

Запис у медичній документації згідно з § 1 п. 2 поз. з) Указу № 98/2012 Зб.:

Název očkovací látky / Назва вакцини:.....

Číslo šarže / Серійний номер:.....

Aplikována dne / Застосовується на:.....

Plánovaný výkon/ Запланована процедура:

Očkování/ вакцинацію

Vysvětlující pohovor provedl /
Роз'яснювальну бесіду проводив:

identifikace a podpis lékaře / ідентифікація і підпис лікаря

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi(tce).

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

У разі, якщо я є законним представником неповнолітнього пацієнта, пацієнта, позбавленого дієздатності, або пацієнта з обмеженою дієздатністю, я підтверджую своїм підписом, що вищенаведена інформація була надана також пацієнту у відповідному помірному обсязі і формі.

Після того, як я мав(ла) можливість задати додаткові запитання та запитати про все, що я вважаю важливим, і лікар на мої запитання відповів, я заявляю, що повністю зрозумів(ла) надану інформацію та пояснення, вважаю, що мене було поінформовано достатньо і з власної волі та на основі наданої інформації даю згоду на виконання запропонованої медичної процедури.

Далі я заявляю, що я правдиво поінформував(ла) лікуючого лікаря про стан мого здоров'я на сьогоднішній день, включаючи інформацію про інфекційні захворювання, медичні послуги, що надаються іншими постачальниками, про вживання лікарських засобів, включаючи вживання речовин, що викликають звикання, та інші факти, що стосуються надання медичних послуг, і що я не приховував(ла) жодних обставин стосовно свого стану здоров'я, які могли б бути перешкодою для виконання процедури або можуть бути в будь-якому зв'язку з виникненням ускладнень.

Мені пояснили, що у разі виникнення несподіваних ускладнень, які потребують невідкладних подальших втручань для порятунку мого життя чи здоров'я, ці втручання будуть виконані.

V Ostravě dne /

м. Острава, дата:

.....
Podpis pacienta, zákonného zástupce, opatrovníka /
підпис пацієнта, законного представника, опікуна