**Biatorbágy Város Egészségügyi Ellátó Nonprofit Kft.**

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

egeszseghaz@biatorbagy.hu

**HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT 1.**

Sinopharm SARS-CoV-2 Vaccine Vero Cell), Inaktivated vakcina beadásához

|  |  |
| --- | --- |
| **Név:** |  |
| **Születési dátum:** |  |
| **TAJ:** |  |
| **Lakhely:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **E-mail cím:** |  |

**Tájékoztatom, hogy Ön Sinopharm SARS-CoV-2 Vaccine Vero Cell), Inaktivated vakcinát kapja.**

**Kinél alkalmazható a védőoltás?** 18 éves és idősebb személyeknél alkalmazható.

**Okoz –e betegséget a vakcina?** Az oltóanyag megbetegedést nem okozhat. A szövődményekkel járó illetve súlyos lefolyású halállal végződő betegség kialakulása ellen nyújt védelmet.

**Hány adag szükséges a védettséghez?** A védettség kialakulásához 2 adag, 21-28 nap időközzel történő beadása szükséges. Magyarországon 28 nap különbséget tartunk a 2 oltás beadása között

**Felcserélhetőség** Nem cserélhető fel más COVID-19 elleni oltóanyagokkal.

**Kaphat-e oltást, aki átesett COVID 19 betegségen?** Azon személyek is olthatók a vakcinával, akik már átestek a betegségen és már abból meggyógyultak

**Kaphat-e oltást, aki krónikus, alapbetegséggel rendelkezik?** Bizonyos, elsősorban nem kezelt krónikus betegségek esetén a Sinopharm-vakcina beadása ellenjavallt. Amennyiben krónikus betegsége megfelelően kezelt, egyensúlyban tartott, megkaphatja az oltást. Az oltóorvos dönt arról, hogy a Sinopharm-vakcina alkalmazható-e az oltandónál.

**Az oltás ellenjavallatai** Akut lázas betegség A Sinopharm-vakcina bármely összetevőjével szembeni súlyos allergiás reakció A Sinopharm-vakcina első adagja után anafilaxiás reakcióval reagáló személy nem kaphatja meg a második adagot Nem megfelelően egyensúlyban tartott krónikus betegség, vagy krónikus betegség akut fellángolása esetén, vagy kórtörténetben szerepelő túlérzékenység Várandósság Szoptatás 18 évnél fiatalabb életkor

Az oltás után kialakulhatnak **mellékhatások (oltási reakciók**). Bármelyik védőoltás után jelentkezhet oltási reakció. Oltási reakciók lehetnek: érzékenység, fájdalom és duzzanat a beadás helyén, gyengeség, fejfájás, fájdalom, rossz közérzet, orrdugulás, orrfolyás, láz esetleg bőrmelegség az injekció beadásának helyén, étvágytalanság, hányás, szédülés 2

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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?  **(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!)** |  |  |
| 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 **Sinopharm** COVID 19 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.

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

.......................................

aláírás

Biatorbágy, 2021. ………..