

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT
COVID-19 fertőzés elleni Comirnaty (Pfizer) vakcina beadásához
várandós nők részére

Név: Születési dátum:
 TAJ szám: Lakcím:
 Telefonszám: email cím:

KÉREM VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE! (Jelöljön be minden megfelelőt)

	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 görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 2 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Jelenleg várandós-e?		
Szoptat-e?		
Ha várandós, várandóssága hányadik hetében van?		
Szülés várható időpontja:		

A várandós nők és a szoptató anyák oltásával kapcsolatos tájékoztatást megkaptam, annak tartalmát megértettem.

Tudomásul veszem, hogy

- a várandósok és szoptató anyák oltására vonatkozóan csak korlátozottan állnak rendelkezésre adatok
- a Comirnaty alkalmazása terhesség alatt csak akkor fontolható meg, ha a lehetséges előnyök meghaladják a lehetséges kockázatokat az anya és a magzat szempontjából,
- az oltásnak nagy valószínűséggel nincs teratogen (fejlődési rendellenességet okozó) hatása,
- a 12. hét után valószínűleg nincs foetopathogen (magzatra ártalmas) hatása,
- az oltás beadásának kisebb a kockázata, mint a vírusfertőzésnek ill. annak következményeinek.

A fentiek ismeretében kérem a COVID-19 elleni oltás beadását.

Önként, a fentiek ismeretében, befolyástól mentesen hozzájárulok a **COVID-19 fertőzés elleni vakcina beadásához**, valamint **személyes és egészségügyi adataim járványügyi célból történő kezeléséhez**.

.....
tájékoztatót adó orvos aláírása

.....
oltandó aláírása

Dátum: