

## Informovaný souhlas s očkováním

Souhlasím, aby můj syn (moje dcera) .....  
byl(a) očkovaná vakcínou **proti žloutence typu A- vakcína Havrix.**

Jsem tímto textem informován(a), že se k dlouhodobé ochraně mají podat 2 dávky (v intervalu 6-12 měsíců).

Očkovací látka je předepisována na recept, vyzvedává se pak rodinou v lékárně, k zachování tzv. chladového řetězce je nutné vakcínu co nejrychleji po koupi doma uložit do ledničky /ne do mrazícího boxu!/ nebo přinést do ordinace.

Vakcína je podávána do deltového svalu v horní části paže- t.j. do ramene.

Dále jsem tímto informován(a), že aplikace vakcíny musí být odložena v případě akutního horečnatého onemocnění s teplotou vyšší než 38 st.

Beru na vědomí, že po očkování se mohou dostavit nejčastěji tyto nežádoucí účinky: horečka či zvýšená teplota, podrážděnost, nechutenství, bolest hlavy, pocit na zvracení, zvracení, bolesti svalů a kloubů, bolest v místě vpichu.

Více na [www.leky.sukl.cz](http://www.leky.sukl.cz), kde lze si pročíst celé SPC (Souhrn údajů o přípravku), SPC nabídnuto v papírové formě i v ordinaci

Beru dále na vědomí, že 30 minut po aplikaci má očkovaný jedinec setrvat v čekárně ordinace.

Zákonnému zástupci dítěte bylo umožněno klást lékaři či sestřičce otázky, nemá žádné nejasnosti, měl dostatečný prostor pro prostudování tohoto informovaného souhlasu, všemu porozuměl.

Souhlasím s aplikací vakcíny Havrix.

V Děčíně dne .....

|        | Jméno a příjmení, rok narození | podpis |
|--------|--------------------------------|--------|
| matka: | .....                          | .....  |
| otec:  | .....                          | .....  |

MUDr.Jana Šumanová .....