

Informovaný souhlas s očkováním

Souhlasím, aby můj syn (moje dcera)
byl(a) očkovaná vakcínou proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a planým
neštovicím (obchodní název je **Priorix-Tetra**).

Vakcína je předepsána na recept a vyzvednuta rodinou v lékárně. Pro zachování
chladového řetězce je nutné co nejdříve po zakoupení uložit vakcínu doma do
ledničky /ne do mrazícího boxu!/ nebo přinést do ordinace.

Jedná se o živou oslabenou vakcínu.

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

Vakcína je podávána podkožně do oblasti horní končetiny.

Dále jsem tímto informován(a), že aplikace vakcíny musí být odložena v případě
akutního horečnatého onemocnění s teplotou vyšší než 38 st.
Nesmí být podána při přecitlivělosti na neomycin a vejce.

Beru na vědomí, že po očkování se mohou dostavit nejčastěji tyto nežádoucí
účinky:

Zarudnutí v místě vpichu- první dny po očkování, zvýšená teplota až horečka,
podrážděnost, nechutenství, vyrážka, rýma, kašel- zhruba za 7-14 dnů po
aplikaci.

Více na 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 Priorix-tetra.

V Děčíně dne

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

MUDr.Jana Šumanová