

DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

jméno a příjmení

tělesná teplota*

datum narození

telefonní číslo

email

PŘÍSLUŠNOST K PRIORITY SKUPINĚ

Tato část dotazníku slouží k evidenci Vaší příslušnosti k prioritní skupině určené pro očkování.

Profesní prioritní skupiny

- Zdravotničtí pracovníci Oddělení ARO, JIP
- Zdravotničtí pracovníci Urgentní příjem
- Zdravotnická záchranná služba
- Zdravotničtí pracovníci Infekční oddělení
- Zdravotničtí pracovníci Plicní oddělení
- Pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví provádějící epidemiologická šetření
- Laboratorní pracovníci zpracovávající biologické vzorky k vyšetření na covid-19
- Pracovníci a klienti v sociálních službách
- Všeobecní praktičtí lékaři pro děti a dorost, zubní lékaři, farmaceuti
- Pracovníci kritické infrastruktury - integrovaný záchranný systém, pracovníci energetiky, vláda, krizové štáby
- Ostratní pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví
- Ostatní zdravotničtí pracovníci
- Zaměstnanci Ministerstva obrany
- Pedagogičtí pracovníci
- Ostatní pracovníci ve školství
- Bezpečnostní sbory

Osoby s chronickým onemocněním

- Hematoonkologické onemocnění
- Onkologické onemocnění (solidní nádory)
- Závažné akutní nebo dlouhodobé onemocnění srdce
- Závažné dlouhodobé onemocnění plic
- Diabetes mellitus
- Obezita
- Jiné závažné onemocnění
- Závažné dlouhodobé onemocnění ledvin
- Závažné dlouhodobé onemocnění jater
- Stav po transplantaci nebo na čekací listině
- Hypertenze
- Závažné neurologické nebo neuromuskulární onemocnění

*Zaznamenává se pouze v případě, že se na očkovacím místě měří.

1/2



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



CENTRÁLNÍ
ŘÍDÍCÍ TÝM
COVID-19



DOTAZNÍK PŘED OČKOVÁNÍM PROTI ONEMOCNĚNÍ COVID-19

AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV

Tato část dotazníku slouží lékaři ke zhodnocení okolností Vašeho **zdravotního stavu**, které by mohly mít vliv na Vaše plánované očkování proti onemocnění COVID-19.

Otázky si, prosím, důkladně přečtěte a **pravdivě** zodpovězte. Pokud na některou z níže uvedených otázek odpovíte ANO, **neznamená** to, že nemůžete být očkovan/a. V přípa-dě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

	ANO	NE
Cítíte se v tuto chvíli nemocný/á?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodělal/a jste onemocnění COVID-19 nebo jste měl/a pozitivní PCR test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byl/a jste již očkovan/a proti nemoci COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl/a jste někdy závažnou alergickou reakci po očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte nějakou krvácivou poruchu nebo berete léky na ředění krve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte nějakou závažnou poruchu imunity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste těhotná nebo kojíte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absolvoval/a jste v posledních dvou týdnech nějaké jiné očkování?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podepsáním tohoto dotazníku stvrzuji, že jsem lékaři **nezamlčel/a žádné informace** o svém zdravotním stavu a **rozumím poskytnutým informacím** o očkování proti onemocnění COVID-19 včetně možných nežádoucích účinků.

_____ datum

_____ datum

_____ podpis očkovaného

_____ podpis a razítko lékaře