

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

- ☐ Zdravotnickí pracovníci Oddělení ARO, JIP
- ☐ Zdravotnickí pracovníci Urgentní příjem
- ☐ Zdravotnická záchranná služba
- ☐ Zdravotníci pracovníci Infekční oddělení
- ☐ Zdravotníci 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 zdravotnickí 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

IS+2 LINKA
1221

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 případě nejasností se obraťte na lékaře očkovacího místa, který Vám s vyplněním dotazníku pomůže.

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

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