

Dotazník pro pacienty před očkováním COVID-19

Jméno a příjmení:

Datum vyšetření:

Rok narození:

- ☐ První aplikace vakcíny
- ☐ Druhá aplikace vakcíny, datum první aplikace -

Pohlaví:

- ☐ **Žena** – Jste nebo můžete být těhotná? (ANO – NE) Kojíte? (ANO – NE)
- ☐ **Muž**

Otázka	Ano	Ne
Těžká alergie/Závažná alergická reakce v minulosti? ○ uveďte		
Známa alergie na polyethylenglykol (PEG)?		
Alergická reakce na předchozí vakcinaci proti COVID-19?		
Pozměněná funkce imunitního systému? ○ vrozená – autoimunitní onemocnění ○ léčba – kortikosteroidy, imunosupresivní terapie, chemoterapie onkologických onemocnění aj.		
Jiné očkování v uplynulých 14 dnech?		
Prodělal/a jste onemocnění COVID-19? Uveďte kdy?		
Hospitalizace v průběhu onemocnění COVID-19?		
Léčba onemocnění COVID-19 rekonvalescentní plazmou (tj. plazmou od dárce, který se z nemoci COVID-19 vyléčil)?		
Léčba monoklonální protilátkou?		
Užíváte chronickou antikoagulační terapii? Např. ○ tablety (kapsle) – Warfarin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana ○ injekce – Clexane, Fraxiparine, Zibor, Arixtra		
Hematologické onemocnění s poruchou srážlivosti krve?		

Zakroužkujte či zakřížkujte vhodnou odpověď.

Jakoukoliv nejasnost konzultujte s lékařem při očkování.