**Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti**

Dátum a čas očkovania

Identifikačné údaje pacienta:

Meno, priezvisko, rodné číslo

Anamnestické otázky pre pacienta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Otázka | Áno | Nie |
| Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla) |  |  |
| Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ? |  |  |
| Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ? |  |  |
| Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody po podaní vakcíny? |  |  |
| Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ? |  |  |
| Ste tehotná ? |  |  |

Podpis očkovanej/ očkovaného: Dátum:

Podpis očkujúcej zdravotníčky/ očkujúceho zdravotníka: Dátum: