

HOZZÁJÁRULÓ NYILTKOZAT VÁRANDÓSOK ÉS SZOPTATÓ ANYÁK RÉSZÉRE

Pfizer - Comirnaty

**COVID 19 mRNS vakcina beadásához
HARMADIK OLTÁSHOZ**

Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!

Név:	
Születési dátum:	
TAJ szám:	
Lakcím:	
Telefonszám:	
e-mail cím:	

Tájékoztatom, hogy Ön a **Pfizer/BioNTech** által gyártott **Comirnaty COVID 19 mRNS** vakcinát kapja.

Az oltóanyag biotechnológiával előállított mRNS vakcina.

A vakcina elősegíti, hogy az immunrendszer (a szervezet természetes védelme) antitesteket és a vírus ellen ható vérsejteket termeljen, így nyújtson védelmet a COVID 19 ellen.

Mivel a Comirnaty nem a vírust tartalmazza az immunitást kiváltásához, így nem okozhat Önnek COVID-19-betegséget.

A várandósok és szoptató anyák védőoltására vonatkozóan a klinikai vizsgálatok még nem zárultak le, ugyanakkor az eddig rendelkezésre álló adatok sem vetnek fel aggályokat. A várandósok és szoptató anyák védőoltását indokolja, hogy körükben a súlyos COVID-19 betegség kockázata magasabb, beleértve az intenzív osztályos kezelést is, és emellett a COVID-19 betegségben szenvedő várandósoknál és szoptató anyáknál nagyobb a terhességgel kapcsolatos szövődményeknek a kockázata.

A várandósok és szoptató anyák COVID-19 elleni védőoltása esetén mindig egyedi mérlegelés szükséges. Akkor javasolt az oltás, amikor nagy a fertőződés kockázata (mert pl. egészségügyi dolgozó a várandós), illetve a várandós alapbetegségei miatt nagy a rizikója annak, hogy súlyos megbetegedés alakul ki a COVID-19 fertőzés esetén. Mindezekon túl az oltás beadásához a várandós beleegyezése szükséges.

A rendelkezésre álló adatok nem vetnek fel esetleges aggályokat a Comirnaty COVID 19 mRNS vakcina biztonságos alkalmazásával szemben. A jelenlegi ismeretek szerint nem utalnak adatok arra, hogy a vakcina káros hatással lehetne a terhességre, vagy a gyermekekre a szoptatás időtartama alatt. Nincs elegendő evidencia a COVID-19 vakcinák rutinszerű használatának ajánlását illetően a terhesség és szoptatás alatt.

A szakértők úgy vélik, hogy az oltás beadása valószínűleg nem jelent külön kockázatot a terhesek számára.

A Pfizer-BioNTech vakcina olyan mRNS vakcina, amely nem tartalmazza az élő vírust, ezért nincs kockázata a COVID-19 fertőzés kialakulásának. Ezenkívül az mRNS vakcinák nem lépnek kölcsönhatásba az ember DNS-ével, és nem okoznak genetikai változásokat, mert az mRNS nem jut be a sejt magjába.

- A várandósok és szoptató anyák oltására vonatkozóan csak korlátozottan állnak rendelkezésre adatok. Az oltásnak nagy valószínűséggel nincs fejlődési rendellenességet okozó hatása
- A 12. hét után valószínűleg nincsen a magzatot károsan befolyásoló hatása
- Az oltás beadásának kisebb a kockázata, mint a vírusfertőzésnek.

Egy várandós nő klinikailag rendkívül veszélyeztetett kategóriába tartozik, ha:

- szervátültetésen átesett recipiensek
- azok, akik súlyos légzőszervi megbetegedésben szenvednek, ideértve a cisztás fibrózist, a súlyos asztmát
- azok, akik homozigóta sarlósejtes betegségben szenvednek
- azok, akik olyan mértékű immunszuppresszív kezelésben részesülnek, ami szignifikánsan növeli a fertőzés rizikóját
- azok, akik dialízisben részesülnek, vagy akik krónikus vesebetegségben szenvednek (5. stádium)
- azok, akik szignifikáns mértékű veleszületett, vagy szerzett szívbetegségben szenvednek

Az 1. oltás a 12. terhességi hét után adható be, a 2. pedig a szülés után javasolt.

Mint minden vakcinánál, a Comirnaty-val végzett vakcináció esetében is előfordulhat, hogy az nem véd meg minden beoltott személyt.

Azon személyek, akiknek kórtörténetében bármely oltóanyaggal, gyógyszerrel azonnali anafilaxiás reakció szerepel, nem kaphatják meg a védőoltást. A vakcina második adagját nem szabad beadni azoknak sem, akik anafilaxiás reakciót mutattak az első oltás alkalmazása során.

A védőoltás beadása után oltási reakciók fordulhatnak elő. Ezek közül a leggyakoribbak: fájdalom a beadás helyén, fejfájás, hidegrázás, fáradtság, izomfájdalom, láz, injekció beadási helyén jelentkező duzzanat.

Nagyon ritkán előfordulhat: megnagyobbodott nyirokcsomók, rossz közérzet, végtagfájdalom, álmatlanság, viszketés az injekció beadási helyén.

Ezek általában enyhék vagy közepesen súlyosak és a vakcina beadása után pár napon belül elmúlnak.

Az alábbi kérdőív segítségével fogjuk eldönteni, hogy jelenleg beadható-e a védőoltás az Ön részére.

Kérem, szíveskedjen egyértelműen X-el jelölni a táblázat megfelelő oszlopában az Ön jelenlegi állapotára vonatkozó válaszokat. Amennyiben a kérdések megválaszolásához segítségre van szüksége, vagy bármelyik kérdés nem egyértelmű kérem, jelezze azt az oltóorvosnak, hogy az oltás beadása előtt tájékoztatni tudja Önt az esetlegesen felmerült kérdésekről.

	Igen	Nem
Van-e tartós, krónikus betegsége? (cukorbetegség, magas vérnyomás, asztma, szív-, vesebetegség stb.):		
Ha igen, kérem sorolja fel, mi az:		
Rendszeresen szed-e gyógyszert?		
Ha igen, kérem sorolja fel:		
Van-e bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)?		
Ha igen, kérem sorolja fel:		
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 1. oltását? oltóanyag típusa: oltás dátuma:		
Mikor kapta a COVID-19 elleni alapimmunizálás 2. oltását? oltóanyag típusa: oltás dátuma:		
Vérvétel vagy oltás során volt-e előzőleg rosszulléte?		
Védőoltás beadását követően volt-e anafilaxiás reakciója?		
Volt-e valamilyen akut betegsége az elmúlt 4 hétben?		
Volt-e lázas beteg az elmúlt 2 hétben?		
Terveznek-e Önnél műtétet a következő 1 hónapban?		
Az elmúlt időszakban történt-e bármilyen egészségügyi kezelés, beavatkozás önnél?		
Szenved-e olyan autoimmun betegségben, melynek épp aktív fázisa zajlik?		
Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például: kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelést?		
Volt-e valaha görcsrohama, idegrendszeri problémája, bénulása?		
Szenved-e vérképzőszervi betegségben, fokozott vérzékenységben?		
Kapott-e védőoltást az elmúlt 4 hétben?		
Jelenleg van-e bármilyen panasza?		
Ha igen, kérem sorolja fel:		
Jelenleg várandós-e?		
Tervez-e várandóságot 2 hónapon belül?		
Szoptat-e?		

A fenti tájékoztatást elolvastam, a tájékoztatást megértettem, önként, befolyástól mentesen hozzájárulok, kérem a **Comirnaty** COVID 19 mRNS elleni vakcina beadásához, valamint személyes és egészségügyi adataim járványügyi célból történő kezeléséhez.

Az oltást követően, esetenként allergiás reakció léphet fel, ezért 30 percig még a helyszínen tartózkodom. Ha ez idő előtt távozom, az saját felelősségemre történik.

Dátum:.....

.....

Aláírás