**HOZZÁJÁRULÓ NYILTKOZAT**

SARS-CoV-2 vakcina (Vero Cell), inaktivált beadásához

**Kérjük nyomtatott nagybetűvel kitölteni!**

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

Tájékoztatom, hogy Ön az Sinopharm által gyártott SARS-CoV-2 vakcina (Vero Cell), inaktivált vakcinát kapja.

Ezt a készítményt 19nCoV-CDC-Tan-HB02 törzs felhasználásával állítják elő, Vero-sejteken, majd – inkubációt követően – a folyadékot kinyerik, inaktiválják, koncentrálják, tisztítják és Al(OH)3 adjuvánst (a hatást erősítő anyagot) adnak hozzá. Nem tartalmaz antibiotikumot vagy tartósítószert.

A hatóanyag: inaktivált 19nCoV-CDC-Tan-HB02 törzs

Adjuváns: Al(OH)3

Segédanyagok: dinátrium-hidrogén-foszfát, nátrium-klorid, nátrium-dihidrogén-foszfát

A koronavírus elleni védettség kialakulásához két oltásra van szükség, 21-28 napos különbséggel. Az oltottak védelme csak a vakcina második adagját követően alakul ki.

Mint minden vakcinánál, a SARS-CoV-2 vakcina (Vero Cell), inaktivált vakcinával végzett vakcináció esetében is előfordulhat, hogy az nem véd meg minden beoltott személyt.

Jelenleg a várandós vagy szoptató nőknek, illetve a 18 évnél fiatalabb gyermekeknek és serdülőknek az oltás nem javasolt. Szintén nem kaphatják azon krónikus/akut betegek, akiknek a betegsége nincs egyensúlyban.

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

A védőoltás beadása után oltási reakciók fordulhatnak elő. Ezek közül a leggyakoribbak: fájdalom/érzékenység a beadás helyén, fejfájás, láz, fáradékonyság, izomfájdalom, Nagyon ritkán előfordulhat: szédülés, étvágytalanság, hányás, szájgaratfájdalom, nyelési nehézség, orrfolyás, székrekedés, túlérzékenység, hirtelen kialakuló (heveny, akut) allergiás reakció, aluszékonyság, álmatlanság, tüsszögés, orrgaratgyulladás, orrdugulás, torokszárazság, influenzaszerű tünetek, érzéscsökkenés, végtagfájdalom, szívdobogásérzés, hasi fájdalom, bőrkiütés, bőrnyálkahártya-rendellenesség, pattanás (akne), szemfájdalom, kellemetlen érzés a fülben, nyirokcsomó-bántalom (limfadenopátia), hidegrázás, ízérzészavarok, ízérzet elvesztése, érzészavar (paresztézia), remegés, figyelemzavar, asztma, torokirritáció, mandulagyulladás,

kellemetlen érzés a végtagokban, nyaki fájdalom, állkapocsfájdalom, nyaki duzzanat, szájfekély, fogfájdalom, a nyelőcső betegségei, gyomorhurut (gasztritisz), a széklet színének változása, szemfájdalom, homályos látás, szemirritáció, látáscsökkenés, fülfájdalom, idegesség, magas vérnyomás, alacsony vérnyomás, vizelettartási nehézség (vizeletinkontinencia), késlekedő menstruációs vérzés 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 bármilyen allergiája (élelmiszer, gyógyszer, egyéb)? |  |  |
| Ha igen, kérem sorolja fel: | | |
| 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, önként, befolyástól mentesen hozzájárulok a SARS-CoV-2 vakcina (Vero Cell), inaktivált COVID 19 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

Tudomásul veszem, hogy a vakcina által biztosított védettség pontos mértékének tekintetében **60 éves kor felett** egyelőre korlátozott mennyiségű adat áll rendelkezésre, a kutatások zajlanak.

Aláírás