**Dotazník pro pacienty**

**před očkováním COVID-19 vakcínou Comirnaty od firmy Pfizer BioNTech**

**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 |  |  |
| Známá 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.