Informovaný souhlas s očkováním

Souhlasím, aby moje dcera (můj syn).....
byl(a) očkována vakcínou proti viru, zvanému lidský papilomavirus (u dívek jde o prevenci **rakoviny děložního čípku**).
Jsem tímto textem informován(a), že existují t.č. v České republice 2 registrované vakcíny – Cervarix a Silgard. Během 6 měsíců se aplikují 3 dávky. Tento informovaný souhlas platí pro všechny 3 dávky.
Ideální věk pro očkování je 13.rok života dívky. Vakcína je podávána do deltového svalu v horní části paže.

Dále jsem tímto informován(a), že aplikace vakcíny musí být odložena v případě akutního horečnatého onemocnění s teplotou vyšší než 38 st.

Beru na vědomí, že po očkování se mohou dostavit nejčastěji tyto nežádoucí účinky: horečka či zvýšená teplota, nechutenství, bolest hlavy, pocit na zvracení, zvracení, bolesti svalů, vyrážka, bolest v místě vpichu. Více na www.leky.sukl.cz, kde lze si pročíst celé SPC (Souhrn údajů o přípravku).

Beru dále na vědomí, že 30 minut po aplikaci má očkovaný jedinec setrvat v čekárně ordinace.

Zákonnému zástupci dítěte bylo umožněno klást lékaři či sestřičce otázky, nemá žádné nejasnosti, měl dostatečný prostor pro prostudování tohoto informovaného souhlasu, všemu porozuměl.

Souhlasím: ano x ne Cervarix x Silgard (stačí zakroužkovat)

V Pardubicích dne ..... příjmení zákonného zástupce:

.....
podpis zákonného zástupce