

## Olthatósági kérdőív 2020/2021

Név: ..... Születési dátum: ..... Testhő: ..... °C  
(oltás előtt)

Tisztelt Páciensünk!

**Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre / jelezze a helyes választ!**

	<b>igen</b>	<b>nem</b>	<b>nem tudom</b>
1. Van jelenleg egészségügyi panasza, pl. láz, torokfájás, köhögés, stb.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Az elmúlt 14 napra visszatekintve igaz Önre bármely alábbi állítás? <input type="checkbox"/> Volt pozitív COVID-19 tesztje. <input type="checkbox"/> Volt karanténban. <input type="checkbox"/> Szoros kapcsolatba került igazolt COVID-19 személlyel. <input type="checkbox"/> Kialakult a következő tünetek bármelyike: láz, hidegrázás, köhögés, légszomj, levertség, fej/tagfájdalom, szaglás/ízérzés zavara, hasmenés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Volt korábbi oltás beadása során rosszullete, ájulása, pánikroham?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alakult ki korábbi oltás beadása után fokozott reakció, anafilaxia vagy más szövődmény?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Az idén kéri először influenza elleni védőoltást?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ismert Önnél tojás-, vagy csirkehús allergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A következők anyagok bármelyikére allergiás? <input type="checkbox"/> gentamicin <input type="checkbox"/> neomicin <input type="checkbox"/> vankomicin <input type="checkbox"/> ciprofloxacín <input type="checkbox"/> formaldehid <input type="checkbox"/> oktoxinol-9 <input type="checkbox"/> tiomerzál <input type="checkbox"/> alumínium-foszfát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Szed véralvadásgátló gyógyszert? Van ismert vérzékenysége? <input type="checkbox"/> aszpirin / ASA <input type="checkbox"/> Syncumar / Warfarin / Marfain <input type="checkbox"/> clopidogrel <input type="checkbox"/> Xarelto / Pradaxa / Eliquis <input type="checkbox"/> veleszületett vérzékenység:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kapott az elmúlt 3 hónapban immunrendszerét gyengítő kezelést? <input type="checkbox"/> cortison, prednisolon, egyéb szteroid kezelés <input type="checkbox"/> egyéb immunszuppresszív kezelés <input type="checkbox"/> daganatellenes készítmény, kemoterápia, sugárkezelés <input type="checkbox"/> immunbiológiai készítmény	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Állapították meg Önnél az alábbi idegrendszeri betegségeket bármelyikét? <input type="checkbox"/> epilepszia <input type="checkbox"/> sclerosis multiplex <input type="checkbox"/> myasthenia gravis <input type="checkbox"/> Guillain-Barré szindróma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fennáll Önnél az alábbi állapotok egyike? <input type="checkbox"/> veleszületett immunhiány <input type="checkbox"/> szervátültetés <input type="checkbox"/> sarlósejtes vérszegénység <input type="checkbox"/> csontvelő-átültetés <input type="checkbox"/> csecsemőmirigy betegség <input type="checkbox"/> daganatos megbetegedés <input type="checkbox"/> lépeltávolítás <input type="checkbox"/> limfóma / mielóma / leukémia <input type="checkbox"/> HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Beleegyző nyilatkozat:

A védőoltás(ok)ról kapott részletes felvilágosítást megértettem, a felmerült kérdésekre választ kaptam. Az alábbi védőoltás(ok) beadását kérem. Tudomásul veszem, hogy az oltást követően még 20 perc megfigyelés javasolt, ezt az időt az orvosi rendelő előtt töltöm, ilyenkor csak saját felelősségemre távozhatok. Az esetlegesen később jelentkező reakciók, mellékhatások, vagy ezek gyanúja esetén mihamarabb értesítem Dr. Bak Mihály háziorvost, szükség esetén az orvosi ügyeletet.

Védőoltás(ok) megnevezése: .....

Dátum: ..... Páciens aláírása: .....