Olthatósági kérdőív

Név: ……..……..... Születési dátum: ..….....……....

Tisztelt Páciensünk!

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

Beleegyező 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 rendelőben 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: …….……....