

FEMIHEALTH s.r.o.

Kollárova 664/1

Litovel 784 01

IČO: 29389666

Informovaný souhlas s očkováním přípravkem Cervarix/Gardasil/Gardasil 9

(nehodící se vymažte či škrtněte)

Prevence vysokého stupně cervikální intraepiteliární neoplasie (CIN 2 a 3) a cervikálního karcinomu, které jsou kausálně spojeny s lidským papilomavirem (HPV) typu 6, 11, 16,18, 31,33,45,52,58

Jméno:.....

RČ:.....

Prohlašuji, že jsem byla poučena o následujících skutečnostech: 1. Očkovací látka Cervarix/Gardasil/Gardasil 9 je určena pro prevenci vysokého stupně cervikální intraepiteliární neoplasie (CIN 2 a 3) a cervikálního karcinomu, které jsou kausálně spojeny s lidským papilomavirem (HPV) typu 6, 11, 16,18, 31,33,45,52,58. Tyto typy jsou zodpovědné přibližně za 70% případů rakoviny děložního hrdla a vakcína tak nechrání proti 100% případů tohoto onemocnění. 2. Aby bylo dosaženo dostatečné ochrany proti výše uvedeným typům papilomavirů (HPV), je nutné dokončit celý cyklus očkování třemi dávkami v doporučeném schématu. 3. Očkování má preventivní charakter a nechrání proti nákaze, onemocnění a změnám na děložním čípku přítomným již v období zahájení očkování, i když nemusí být v této době nákaza či onemocnění zjevné při běžném gynekologickém vyšetření. 4. Očkování nechrání proti všem rakovinotvorným papilomavirům, proto by onkologická prevence a pravidelné prohlídky měly pokračovat i po očkování. 5. Očkování nechrání proti jiným sexuálně přenosným nemocem. 6. V případě, že trpím poruchami obranyschopnosti, užívám léky ovlivňující imunitní systém nebo jsem dostala transfúzi či jiné krevní deriváty, nemusí dojít k vytvoření dostatečné ochrany po očkování. 7. V případě otěhotnění bude očkování přerušeno a nemusí dojít k vytvoření dostatečné imunitní odpovědi. 8. Aplikace očkovací látky může být provázena výskytem nežádoucích účinků. Převážně se vyskytují místní nežádoucí účinky, jako jsou bolest, otok, zarudnutí. Tyto reakce jsou většinou přechodné a odezní během několika dní. 9. Potřeba přeočkování nebyla zatím stanovena. 10. Bylo mi doporučeno, abych si podrobně prostudovala příbalovou informaci. 11. Bylo mi umožněno klást doplňující otázky. Poučení jsem porozuměl/a, nemám již žádné další otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji souhlas.

Datum:

Podpis: