

**Jméno dítěte:** **Zákonný zástupce: (prosím zaškrtněte)** **matka** **otec**  
**Příjmení dítěte:** **Jiná osoba: (prosím specifikujte)**  
**Rodné číslo dítěte:** **Mobilní telefon:**  
**Věk dítěte:** **Email:**

Tento dotazník nám pomůže se rozhodnout, zda je možné bezpečně aplikovat 2. dávku očkovací látky. Pokud na některou z níže uvedených odpovíte „ano“, neznamená to, že dítě nemůže být očkováno. Pokud Vám některá otázka není jasná, nechte si jí vysvětlit personálem kliniky.

1. Je v současné době dítě nemocné nebo se necítí dobře **ANO - NE**
2. Prodělalo dítě v období od aplikace první dávky vakcíny onemocnění covid-19 nebo mělo pozitivní test? **ANO - NE**
3. Mělo dítě po očkování **závažnou alergickou (tzv. anafylaktickou) reakci**? Například takovou, kdy muselo dostat injekci adrenalinu (případně EpiPen), kortikosteroidy nebo muselo být léčeno ve zdravotnickém zařízení? **ANO - NE**
4. Mělo dítě nějakou zásadnější **nežádoucí reakci po očkování**? (Mírná bolest v místě vpichu není nežádoucí reakce, je očekávaná.) **ANO - NE**
5. Zaškrtněte **příznaky, které mělo po očkování**.  
Pokud ano, připište k příznaku jak dlouho (kolik hodin, dnů)  
Zvýšená teplota do 38°C  
do 39°C  
vyšší než 39°C  
kopřivka  
vyrážka  
rýma, kašel  
bolesti hlavy  
bolesti v krku  
bolest či zarudnutí v místě vpichu  
jiné bolesti (jaké?)  
jiné obtíže (jaké?)
6. Trpí dítě poruchou krevní srážlivosti nebo užívá léky **na ředění krve**? **ANO - NE**  
Pokud ano, **napište název léku**

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Razítko a podpis lékaře:

Podpis zákonného zástupce:

Datum: