NEUMED gynekologická ambulance s.r.o.
Horní Lán 1310/10
779 00 Olomouc
IČ: 293 89 518

Informovaný souhlas

Očkování přípravkem Cervarix/Silgard (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 16 a 18

Jméno:.....

RČ:.....

Prohlašuji, že jsem byla poučena o následujících skutečnostech:

1. Očkovací látka Cervarix/Silgard 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 16 a 18. 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 typům 16 a 18, 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 transfůzi 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 vetšinou 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: