

Τι θα μας ρωτά ο ΕΟΔΥ πριν εμβολιαστούμε

Ένα σύντομο ερωτηματολόγιο θα πρέπει να συμπληρώσουμε πριν τον εμβολιασμό μας για την Covid-19 σχετικά με την κατάσταση της υγείας μας την ημέρα του εμβολιασμού, ενώ παράλληλα θα ερωτάται εάν υπάρχουν μακροχρόνια προβλήματα υγείας. Ο κυβερνητικός σχεδιασμός αρχίζει να ξεδιπλώνεται σταδιακά και η συμπλήρωση εγγράφων είναι ακόμη ένα στοιχείο που έρχεται στο φως.

Όπως φαίνεται στη φόρμα που ακολουθεί και θα βρίσκεται στα εμβολιαστικά κέντρα που ετοιμάζονται, μεταξύ των ερωτήσεων που θα γίνονται στους πολίτες από τους γιατρούς πριν τη λήψη του εμβολίου είναι εάν έχουμε κάποια γνωστή αλλεργία, εάν είχαμε αλλεργία μετά από εμβολιασμό, εάν υπάρχει χρόνιο πρόβλημα (καρδιακό, πνευμονικό, νεφρικό, μεταβολικό), εάν λαμβάνεται μακροχρόνια αγωγή με αντιπηκτικά ή ασπιρίνη, εάν έχουμε ήδη νοσήσει.

Θα υπάρχει και ένα δεύτερο έντυπο, για πολίτες μη δυνάμενους να παράσχουν προφορική συγκατάθεση. Στο έντυπο θα συμπληρώνονται προσωπικές πληροφορίες (ονοματεπώνυμο, ΑΜΚΑ, φύλο, ημερομηνία γέννησης) και θα φέρει την υπογραφή δικαστικού συμπαραστάτη ή οικείου προσώπου.

Στο έντυπο αναφέρεται πως έχουν εξηγηθεί οι πληροφορίες σχετικά με το εμβόλιο, κατανοούνται τα πλεονεκτήματα, οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και ο κίνδυνος μη εμβολιασμού.

Υπενθυμίζεται πως σύμφωνα με το σχεδιασμό, θα δημιουργηθούν 1.018 εμβολιαστικά κέντρα, κατανεμημένα στις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες, ώστε ο εμβολιασμός να αρχίσει μετά την πρώτη παραλαβή. Εκτιμάται ότι είναι δυνατό να εμβολιάζονται μηνιαίως περίπου δύο εκατομμύρια πολίτες.

Πρώτα θα εμβολιαστεί το υγειονομικό προσωπικό, θα ακολουθήσουν οι ευπαθείς ομάδες (άνω 65 ετών ή με υποκείμενα νοσήματα) και στη συνέχεια ο γενικός πληθυσμός.

Οι πολίτες θα μπορούν να προγραμματίσουν εμβολιασμό μέσω sms, διαδικτυακά, ή τηλεφωνικά μέσω τηλεφωνικών κέντρων. Μέσω της άυλης συνταγογράφησης θα αποστέλλεται ενημέρωση με το προτεινόμενο ραντεβού και για τις δύο δόσεις του εμβολίου.

Σύντομο ερωτηματολόγιο πριν τον εμβολιασμό ενηλίκων

Όνομα Ασθενούς:

Ημερομηνία Γέννησης:

___ / ___ / ____

Οι ακόλουθες ερωτήσεις μας βοηθούν να προσδιορίσουμε εάν μπορείτε να εμβολιασθείτε σήμερα. Εάν απαντήσετε «ναι» δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι αντενδείκνυται ο εμβολιασμός. Σε περίπτωση που κάποια ερώτηση δεν είναι κατανοητή, μπορείτε να ζητήσετε επεξήγηση.

| | Ναι | Όχι | Δεν Ξέρω |
|---|-----|-----|----------|
| 1. Αισθάνεστε αδιάθετος σήμερα; | | | |
| 2. Έχετε κάποια γνωστή αλλεργία σε φάρμακα, τρόφιμα, κάποιο συστατικό εμβολίου ή στο καουτσούκ; | | | |
| 3. Είχατε ποτέ κάποια σημαντική αντίδραση μετά από εμβολιασμό; | | | |
| 4. Έχετε κάποιο χρόνια καρδιακό, πνευμονικό, νεφρικό ή κάποιο μεταβολικό νόσημα (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη), άσθμα, αιματολογική διαταραχή, ασπληνία, ανοσοανεπάρκεια, μεταμόσχευση ή έχετε λάβει αγωγή με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα; | | | |
| 5. Είστε υπό μακροχρόνια αγωγή με αντιπηκτικά ή ασπιρίνη; | | | |
| 6. Είστε έγκυος; | | | |
| 7. Λάβατε κάποιο άλλο εμβόλιο τις προηγούμενες 4 εβδομάδες; | | | |
| 8. Έχετε διαγνωστεί με COVID-19; | | | |

Το έντυπο συμπληρώθηκε από: _____ Ημερομηνία: _____

Το έντυπο ελέγχθηκε από: _____ Ημερομηνία: _____
(επαγγελματίας υγείας)





ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Για πολίτες μη δυνάμενους να παράσχουν προφορική συγκατάθεση

ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

| | | |
|-----------------|--|----------------------|
| Επώνυμο Ασθενή: | Όνομα Ασθενή: | |
| ΑΜΚΑ: | ΦΥΛΟ: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ | Ημερομηνία γέννησης: |

ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ/ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗΣ/ ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Σχέση με τον ασθενή:

Δικαστικός Συμπαραστάτης
 Οικείος

(βλέπε το παράρτημα 1 για ορισμούς)

| | |
|---|--------------------|
| Όνομα Δικαστικού Συμπαραστάτη/ Οικείου: | Αριθμός τηλεφώνου: |
|---|--------------------|

Έχω διαβάσει ή μου εξηγήθηκαν οι πληροφορίες σχετικά με το υπό χορήγηση εμβόλιο έναντι της COVID-19. Κατανοώ τα πλεονεκτήματα και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου και τον κίνδυνο μη εμβολιασμού. Έχω ενημερωθεί για τις αντενδείξεις εμβολιασμού με το παραπάνω εμβόλιο στο παραπάνω άτομο. Κατανοώ ότι στη σπάνια περίπτωση εμφάνισης αναφυλαξίας, θα γίνει παροχή επείγουσας θεραπείας. Είχα την ευκαιρία να θέσω ερωτήσεις, οι οποίες απαντήθηκαν ικανοποιητικά.

Συαινών στην παροχή του εμβολίου στο παραπάνω άτομο.

Υπογραφή Δικαστικού Συμπαραστάτη/ Οικείου: _____

Ημερομηνία υπογραφής (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕ): _____

ΕΝΟΤΗΤΑ 3: ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΠΑΡΟΧΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ - ΕΜΒΟΛΙΟ

Επιβεβαιώνω ότι ο/η παραπάνω ασθενής δεν είναι σε θέση να παράσχει συγκατάθεση μετά από ενημέρωση για το παραπάνω εμβόλιο.

Η συγκατάθεση λήφθηκε από:

- Δικαστικό συμπαραστάτη
 Οικείο

Υπογραφή Παρόχου Φροντίδας Υγείας

Ημερομηνία υπογραφής (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕ)

ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΠΑΡΟΧΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

| | | | | |
|---------------------------------------|---|--|-------------------|-----------------------------------|
| Η τηλεφωνική συγκατάθεση λήφθηκε από: | Αριθμός τηλεφώνου κλήσης: | Ημερομηνία: | | |
| Σχέση: | Υπογραφή παρόχου φροντίδας υγείας: | Ωρα: _____ ΠΜ / ΜΜ | | |
| Ημερομηνία χορήγησης: | Θέση χορήγησης: <input type="checkbox"/> Α/Δελτοειδής <input type="checkbox"/> Δ/Δελτοειδής | Οδός χορήγησης: <input type="checkbox"/> Ενδομυϊκή <input type="checkbox"/> Υποδόρια | Προϊόν/ ποσότητα: | Υπογραφή παρόχου φροντίδας υγείας |

Οι προσωπικές πληροφορίες που συλλέχθηκαν στο παρόν έντυπο μπορεί να χρησιμοποιηθούν από την υγειονομική αρχή για την ανένωση του εμβολιασμού του ατόμου. Κάθε χρήση ή αποκάλυψη της παρούσας πληροφορίας θα γίνεται σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων. Περίληψη στατιστικών πληροφοριών μπορεί να αναφερθεί από το Υπουργείο Υγείας. Αν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση για την συλλογή και χρήση των προσωπικών πληροφοριών, επικοινωνήστε με την Τοπική Υγειονομική Αρχή ή/και την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

