MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

COVİD 19 AŞISI BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

BARKOD

Yapılacak Aşı :_____

Lütfen aşağıdakileri dikkatlice okuyunuz ve ihtiyacınız olursa lütfen yardım isteyiniz.

COVİD-19/CORONA AŞISI NEDİR: Bu aşı ile enfekte etme özelliğini yitirmiş olan ölü virüs vücuda verilerek vücudun kendisine zarar veremeyecek hale gelen virüse karşı mücadele etmesi,bağışıklık kazanması hedeflenir.

Aşıdan Beklenen Faydalar:COVID-19 aşısı COVID-19 olarak bilinen yeni tür Koronavirüs hastalığına yakalanma riskini düşürecektir. Lütfen aşının diğer ilaçlar kadar etkili olmadığını aklınızda bulundurun. Aşıdan koruma kazanmanız birkaç hafta alabilir. Aşı olsanız bile Koronavirüsten enfekte olma şansınız var ama aşı herhangi bir enfeksiyonun ağırlığını azaltacaktır. İki doz Koronavirüsten dolayı ciddi şekilde hastalanma veya ölüm riskini düşürecektir.

Bu aşının da diğer aşılar/ilaçlar gibi yan etkileri bulunmaktadır ama herkeste görülmemektedir.

Yüksek ihtimalle yaşayabileceğiniz yan etkiler:

- Ateş
- Aşının yapıldığı bölgede ağrı
- Aşının yapıldığı bölgede kızarma ve sertlik
- Baş ağrısı
- Kas ağrı veya sızıları
- Eklem ağrı veya sızıları
- Halsizlik (yorgunluk)
- Mide bulantısı/kusma
- Üşüme
- Aşının yapıldığı taraftaki kol altı bezlerinde şişme
- Aşı uygulaması sonrasındaki ilk bir hafta içerisinde ortaya çıkan abse ve sepsis
- Aşı uygulaması sonrasındaki ilk altı hafta içerisinde ortaya çıkan akut paralizi
- Aşı uygulaması sonrasındaki ilk sekiz hafta içerisinde ortaya çıkan artrit
- Aşı uygulaması sonrasındaki özellikle ilk iki ayda sık olmak üzere; 6 aya kadar nörolojik istenmeyen etkiler (tat ve koku kaybı, nöropati, Bel paralizisi-yüz felci vb

Medikal Geçmiş

	Evet	**Hayır**	**Bilmiyorum**
1- Latekse, yiyeceklere, ilaçlara veya aşı içeriklerine alerjiniz var mı?			
2-Daha önce aşı olduğunuzda hiç ciddi bir reaksiyon gösterdiniz mi?			
3-Geçen yılda, hiç kan aldınız mı veya immün (gama) globülin enjeksiyonu oldunuz mu veya antiviral ilaç aldınız mı?			
4-Beyin veya diğer sinir sistemi problemleriniz var mı?			
5-Hamile misiniz veya hamile kalmayı planlıyor musunuz?			
6-En az 2 Hafta önce **İNFLUENZA, PNÖMOKOK, MENİNGOKOK VE DİĞER İNAKTİF AŞI YAPTIRDINIZ MI?**			
7-En az 4 hafta önce **BCG, KABAKULAK, KIZAMIK, KIZAMIKÇIK, ORAL POLİO,SU ÇİÇEĞİ** aşısı yaptırdınız mı?			
8-Aşağıdaki hastalıklara sahip misiniz? (size uygun olan bütün seçenekleri işaretleyiniz)			

COVİD 19 AŞISI BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

❑ Akciğer hastalığı ❑ Kalp hastalığı ❑ Astım ❑Böbrek hastalığı ❑ Diyabet ❑ Anemi ❑Kan bozuklukları ❑HAYIR

9-İmmün sistemi etkileyen bir hastalığınız var mı? (size uygun olan bütün seçenekleri işaretleyiniz)
❑ Kanser ❑ Lösemi ❑ Lenfoma ❑ HIV/AIDS ❑ Organ nakli ❑Aspleni ❑Beyin-Omurilik sıvısı akıntısı ❑ Koklear nakli ❑HAYIR

10- Hiç COVID-19 için testiniz pozitif çıktı mı? ❑ Evet ❑ Hayır
Test Tarihi:

11-Son 14 gün içinde, COVID-19 olduğu tespit edilmiş biri ile temas kurdunuz mu? ❑ Evet ❑ Hayır ❑ Emin Değilim

12-Son 14 gün içinde, uluslararası seyahat ettiniz mi? ❑ Evet ❑ Hayır

13-Aşağıdaki şikayetlerden herhangi bir şikayetiniz var mı?
❑ Öksürük ❑ Soğuk algınlığı ❑ Ateş ❑ Nefes darlığı ❑ Boğaz ağrısı ❑ Koku/tat kaybı ❑Karın ağrısı/ishal ❑ Anormal morluk veya kanama/gözlerde kızarma, kan oturması ❑HAYIR

AŞI SONRASINDA DİKKAT EDİLECEK HUSULAR: Bu aşı size COVID-19 enfeksiyonu vermez, ama yine de kamuya açık alanlarda ve iş yerinizde uygulanan maske takma, sosyal mesafe gibi sağlık kurallarına uymanız gerekmektedir.

Eğer herhangi bir yan etki gösteriyorsanız, lütfen sakin kalınız ve en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz. Aşı olduğunuzu hekiminize mutlaka belirtiniz.

Eğer hamile iseniz veya hamile kalmayı planlıyorsanız; lütfen aşı olmadan önce doktorunuza danışınız

Yukarıda verdiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.Covıd-19 Aşısı Olmaya Kendi İsteğimle İzin Veriyorum. Bu onamın bir nüshası tarafıma verildi.

Not: Lütfen el yazınızla "okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının
Adı- Soyadı :
Tarih-Saat :___/___/_____ ____/____
İmza :
Yakınlık Derecesi:

Ben "Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İŞLEMİ YAPAN
Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat :____/____/_____ ___/___