

Informovaný souhlas pacientky - zákonného zástupce*

Souhlasím s očkováním sebe - mé dcery*:

Jméno a příjmení.....rodné číslo.....

Očkovací látkou Silgard - Cervarix*

Byl(a) jsem srozumitelně seznámena s tím, že účinek obou vakcín na prevenci vzniku nádoru na děložním hrdle je cca 80%. V případě, že je vakcína podána v době, kdy již žena žije sexuálně, je účinnost cca 40%. Měla jsem možnost volby mezi oběma vakcínami a byla jsem informována o tom, že vakcína Silgard obsahuje kromě účinku na prevenci nádoru děložního hrdla i složku, která by měla zabránit vzniku genitálních bradavic. Po očkování je potřeba docházet na obvyklé preventivní prohlídky do gynekologické ambulance 1x ročně. Měla jsem možnost klást doplňující otázky a potvrzuji, že jsem si prostudoval/a příbalovou informaci ke zvolené vakcíně (k dispozici v elektronické formě na <http://www.femisalva.cz/co-vas-zajima/prevence-rakoviny-delozniho-cipku-ockovani/> nebo v tištěné formě před očkováním na vyžádání v ordinaci).

Podpis pacientky.....

Podpis matky.....číslo OP.....

Podpis otce.....číslo OP.....

Podpis zák. zástupce.....číslo OP.....

V Opavě dne :.....

*/Nehodící se škrtněte nebo zakroužkujte, co platí