



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ / ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ

Εμβολιασμός για COVID-19

σε ασθενείς που είναι κλινήρεις* στα πλαίσια του προγράμματος κατ' οίκον εμβολιασμού για COVID-19 και γρίπη

Η παρούσα αίτηση δίνεται για σκοπούς προγραμματισμού κατ' οίκον χορήγησης του εμβολίου κατά της νόσου COVID-19 και του εμβολίου κατά της γρίπης σε κλινήρεις ασθενείς. Ο συντονισμός για τη διευθέτηση και χορήγηση του εμβολίου τελεί υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας. Η χορήγηση του εμβολίου θα γίνει στον χώρο διαμονής του ασθενή, από νοσηλευτές της Υπηρεσίας Κατ' Οίκον Νοσηλείας Γενικής Νοσηλευτικής του δημοσίου/ΟΚΥΠΥ οι οποίοι θα επικοινωνήσουν με τους αιτητές για τη διευθέτηση ραντεβού.

Το έντυπο θα πρέπει να είναι πλήρως συμπληρωμένο και υπογραμμένο από τον/την αιτητή/τρια ή τους οικείους του/της σε περίπτωση αδυναμίας του/της ιδίου/ιδίας να υπογράψει

Κατανοώ πλήρως τα πλεονεκτήματα και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου, καθώς και τον κίνδυνο μη εμβολιασμού. Όπως με όλα τα φάρμακα και εμβόλια, μπορεί να εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι περισσότερες από αυτές είναι ήπιες, βραχυπρόθεσμες και δεν παρουσιάζονται σε όλους. Κατανοώ ότι στη σπάνια περίπτωση εμφάνισης αναφυλαξίας, θα γίνει παροχή επείγουσας θεραπείας.

Το εμβόλιο χρησιμοποιείται για πρόληψη της νόσου COVID-19. Διεγείρει τη φυσική παραγωγή αντισωμάτων από το σώμα και την κυτταρική ανοσοαπόκριση για προστασία από τη νόσο COVID-19.

Ενημερώθηκα ότι δεν μπορώ να πάρω το εμβόλιο σε περίπτωση αλλεργίας στη δραστική ουσία ή σε οποιοδήποτε άλλο από τα συστατικά του.

Βεβαιώνεται ότι έχω συζητήσει με τον Προσωπικό Ιατρό μου για τον εμβολιασμό μου:

- Εάν έχω σοβαρή ασθένεια με υψηλό πυρετό. Ωστόσο, ένας ήπιος πυρετός ή μια ήπια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, όπως το κρυολόγημα, δεν είναι λόγοι για την καθυστέρηση του εμβολιασμού
- Εάν έχω εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα, ως αποτέλεσμα μόλυνσης από τον ιό HIV ή σε φάρμακο που επηρεάζει το ανοσοποιητικό μου σύστημα
- Εάν έχω προβλήματα αιμορραγίας, σχηματίζω μώλωπες εύκολα ή χρησιμοποιώ αντιπηκτικά φάρμακα
- Εάν είχα στο παρελθόν κάποια αναφυλακτική αντίδραση
- Εάν λαμβάνω ή έλαβα άλλα φάρμακα ή έλαβα άλλο εμβόλιο πρόσφατα

Στοιχεία Ατόμου (συμπληρώνεται από τον/την ίδιο/ια ή εκπρόσωπό του/της)

Όνοματεπώνυμο:..... Ημερομηνία Γέννησης:

Αρ. Ταυτότητας:..... Φύλο:..... Εθνικότητα:.....

Πλήρης Διεύθυνση Διαμονής:.....

Υπογραφή ασθενή ή εκπροσώπου του: Τηλ. Επικ.:

Όνοματεπώνυμο (αν αφορά Εκπρόσωπο):..... Συγγένεια:

Ημερομηνία χορήγησης τελευταίας δόσης εμβολιασμού:

Τοποθεσία:

Παρακαλώ σημειώστε με ✓ στο αντίστοιχο τετράγωνο:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Δίνω τη συγκατάθεσή μου για να εμβολιαστώ/εμβολιαστεί ο πιο πάνω κατακεκλιμένος ασθενής με το εμβόλιο κατά του COVID-19		
Δίνω τη συγκατάθεσή μου για να εμβολιαστώ/εμβολιαστεί ο πιο πάνω κατακεκλιμένος ασθενής με το εμβόλιο της Γρίπης**		

Βεβαίωση Προσωπικού Ιατρού

Βεβαιώνεται ότι ο/η πιο πάνω δικαιούχος είναι κατακεκλιμένος/η σύμφωνα με τον ορισμό του Γενικού Συστήματος Υγείας	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Όνοματεπώνυμο Προσωπικού Ιατρού:.....		
Υπογραφή.....Ημερομηνία.....		

* κατακεκλιμένοι ασθενείς σύμφωνα με τον ορισμό που ισχύει για σκοπούς εφαρμογής του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ)

Διαδικασία υποβολής Αίτησης για κατ' οίκον εμβολιασμό για COVID-19 σε ασθενείς που είναι κληήρεις, στα πλαίσια του προγράμματος κατ' οίκον εμβολιασμού για COVID-19 και εμβολίου της γρίπης

Η υποβολή της αίτησης για κατ' οίκον εμβολιασμό με το εμβόλιο κατά της νόσου COVID-19 και γρίπης μπορεί να υποβληθεί από τον/την ίδιο/α τον/την ασθενή ή εκπρόσωπο του/της (οικείο του/της ασθενή/νούς) στις περιπτώσεις που ο/η ίδιος/ια αδυνατεί να το πράξει.

****Σημειώνεται ότι στην περίπτωση που ο εμβολιαζόμενος δεν επιθυμεί να λάβει το εμβόλιο έναντι του covid-19 την ίδια μέρα, τότε ο εμβολιασμός για την γρίπη θα συνεχίσει να γίνεται από τον προσωπικό γιατρό.**

Το Έντυπο Αίτησης πλήρως συμπληρωμένο και υπογραμμένο από τον/την αιτητή/τρια και τον/την Προσωπικό/ή Ιατρό, πρέπει να αποσταλεί στην ηλεκτρονική διεύθυνση smichael@papd.mof.gov.cy ή δια τηλεομοιοτύπου (φαξ) στο 22771496.