



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ Α

**Εμβολιασμός για COVID-19 με 4<sup>η</sup> δόση σε ασθενείς που είναι κλινήρεις\*  
και έχουν ήδη εμβολιαστεί με το πρόγραμμα κατ' οίκον εμβολιασμού για COVID-19**

Ο εμβολιασμός COVID-19 μειώνει τον κίνδυνο προσβολής ενός ατόμου από τον ιό SARS-CoV-2 ο οποίος προκαλεί την ασθένεια COVID-19. Το εμβόλιο χρησιμοποιείται για πρόληψη της νόσου COVID-19. Διεγέρει τη φυσική παραγωγή αντισωμάτων από το σώμα και την κυτταρική ανοσοαπόκριση για προστασία από τη νόσο.

Η παρούσα αίτηση δίνεται για σκοπούς προγραμματισμού κατ' οίκον χορήγησης της 4<sup>ης</sup> δόσης εμβολίου για τον COVID-19, σε κλινήρεις ασθενείς που ήδη έχουν ολοκληρώσει κατ' οίκον τις 3 προηγούμενες δόσεις. Ο συντονισμός για τη διευθέτηση και χορήγηση του εμβολίου τελεί υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας. Η χορήγηση 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 του εμβολιασμού με την 4<sup>η</sup> δόση για COVID-19 καθώς και τον κίνδυνο μη εμβολιασμού. Όπως με όλα τα φάρμακα και εμβόλια, μπορούν 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. Διεγέρει 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 με την 4<sup>η</sup> δόση για COVID-19:**

- 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 εκπρόσωπο του/της κατά την επίσκεψη των νοσηλευτών)

Όνοματεπώνυμο:.....

Ημερομηνία Γέννησης:..... Αρ. Ταυτότητας:.....

Φύλο:..... Εθνικότητα:.....

Πλήρης Διεύθυνση Διαμονής:.....

Υπογραφή ασθενή ή εκπροσώπου του:..... Τηλ. Επικ.:.....

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

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