

Formulář pro pacienty – Cestovní očkování

Základní údaje o pacientovi

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Informace o cestě

Cílová země / oblasti: _____

Město / Venkov (zakroužkujte): Město / Venkov / Obě

Délka pobytu (datum od – do): _____

Cestovní program (např. turistika, dobrovolnictví, služební cesta, návštěva příbuzných):

Způsob cestování (letadlo, autobus, auto, loď apod.): _____

Způsob ubytování (hotel, hostel, u známých, stan apod.): _____

Způsob stravování (restaurace, tržička, domácí strava apod.): _____

Roční období v cílové destinaci: _____

Zdravotní údaje

Máte nějaké chronické onemocnění?

Ne

Ano – uveďte: _____

Užíváte pravidelně nějaké léky?

Ne

Ano – uveďte: _____

Máte alergie?

Ne

Ano – uveďte: _____

Máte nějaké kontraindikace očkování (např. přecitlivělost na složky vakcín)?

- Ne
 Ano - uveďte: _____

Vaše imunita:

- Prodělaná infekční onemocnění (uveďte jaká): _____
 Předchozí očkování (uveďte známé očkování): _____

Jste těhotná / plánujete těhotenství v době cesty?

- Ne
 Ano - uveďte týden těhotenství: _____

Kolik času zbývá do odjezdu?

- Méně než 1 měsíc
 1-2 měsíce
 2-6 měsíců
 Více než 6 měsíců

Dosavadní očkování (podle informací pacienta)

Zakroužkujte a doplňte datum, pokud je známo:

Očkování	Ano / Ne / Nevím	Datum poslední dávky
Tetanus	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____
Hepatitida A	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____
Hepatitida B	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____
Břišní tyfus	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____
Vzteklina	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____
Japonská encefalitida	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____
Žlutá zimnice	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____
Meningokok	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____
Chřipka	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____
COVID-19	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____
Jiné: _____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____

Poznámky pacienta
