

O form - Oltás**1. Személyes adatok**

TAJ szám:

Születési idő:

Nem: férfi/nő/nem válaszol

Név:

Rassz: fehér/fekete/indiai/ázsiai/egyéb:.....

Irányítószám:

Telefonszám:

Kikérdezés ideje:.....

Kikérdezés helye: oltópont / telefon / egyéb:....

Adatgyűjtés módja: retrospektív / prospektív

2. Anamnézis**2.1 Életmód**

Foglalkozás: egészségügyi dolgozó / szellemi munka / fizikai munka / tanuló / nyugdíjas / munkanélküli / egyéb:.....

Alkoholfogyasztás: igen / nem / nincs adat

ha igen:

Gyakoriság? alkalmanként / havonta / hetente / napi**Mennyiség?** (g / nap):**Mióta?** (évek):.....**Alkoholfogyasztás az elmúlt 2 hétben?**.....

ha nem:

Korábban ivott alkoholt? igen / nem/ nincs adat

ha igen:

Gyakoriság? alkalmanként / havonta / hetente / naponta**Mennyiség?** (g / alkalom):**Hány évig?****Mennyi ideje hagyott fel az alkoholfogyasztással?**.....

Útmutató az összeg becsléséhez:
 1 dl sör (4,5 vol%) = ~ 3,5 g alkohol

1 dl bor (12,5 vol.%) = 10 g alkohol
 1 dl tömény ital (50 vol.%) = ~ 40 g alkohol

Dohányzás: igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
Mennyiség? (cigaretta / nap):
Hány évig?
 ha nem:
Dohányzott korábban? igen /nem/nincs adat
 ha igen:
Mennyiség? (db/alkalom).....
Hány évig?
Milyen régen hagyta abba?.....

Drogfogyasztás: igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
A drog megnevezése?
Mennyiség?.....
Hány évig?

Testmozgás:

Szokott rendszeresen fél órát meghaladó fizikai aktivitást végezni?

igen / nem/ nincs adat

ha igen:

Gyakorisága? naponta, hetente többször, hetente egyszer, havonta, ritkábban mint havonta

Szabad levegőn/ zárt térben?

Típusa? séta / futás / úszás / edzőterembe járok / jóga / biciklizés / falmászás /küzdősport / tánc /
 kertészkedés / labdajáték / egyéb.....

Egy alkalom időtartama?..... perc

2.2 Társbetegségek

Cukorbetegség/Diabetes mellitus: igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
Típusa? I. típusú / II. típusú / III. /MODY/ nincs adat
A diagnózis dátuma (év)?.....

Magas vérnyomás/Hipertónia: igen / nem/ nincs adat,
 ha igen: **A diagnózis dátuma (év)?**.....

COPD: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: **A diagnózis dátuma (év)?**

Asztma: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Cisztás fibrózis: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: **A diagnózis dátuma (év)?**..... ..

Egyéb krónikus légúti betegség: igen / nem/ nincs adat
ha igen:

Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Autoimmun betegség: igen / nem/ nincs adat
ha igen:

Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Ismert immunszuppresszió: igen / nem/ nincs adat

ha igen: **típusa:** HIV-pozitív / hosszú távú glükokortikoidok / ciklosporin / azatioprin / egyéb:

Mióta (dátum: év)?

Szív-érrendszeri betegségek: igen / nem/ nincs adat

ha igen: **típusa:** IHD / STEMI / NSTEMI/ infarktus / angina / szívelégtelenség /
kardiomiopátia / perifériás érrendszeri betegség / egyéb:

Mióta (dátum: év)?

ha szívelégtelenség: **NYHA osztály:** I / II / III / IV.

Dagantos betegség: igen / nem/ nincs adat

ha igen:

Tumor típusa: agy/ pajzsmirigy/ tüdő / mell / szájüreg / nyelőcső/ gyomor / vastagbél /
hasnyálmirigy/ máj / prosztatata/ vese /húgyhólyag / petefészek/ méh / lymphoma/ leukémia/bőr /
egyéb:

Diagnózis dátuma (év)?

Típus? jóindulatú / rosszindulatú

Jelenleg kezelés alatt áll: igen / nem

Májcirrózis/májsugor: igen / nem/ nincs adat

ha igen:

A diagnózis dátuma (év)?.....

Child osztály: A / B / C

Egyéb krónikus májbetegség: : igen / nem/ nincs adat

ha igen:

Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Dialízis-függő: igen / nem/ nincs adat

ha igen: **Mióta** (dátum: év)?

Egyéb krónikus vesebetegség: : igen / nem/ nincs adat

ha igen:

Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

2.3. Egyéb

ha krónikus légúti betegség, COPD-t vagy cisztás fibrózist, szívbetegséget, szívelégtelenséget bejelölte:

Szüksége van otthoni oxigénterápiára? igen/nem/ nincs adat

BCG-oltást kapott: igen / nem/ nincs adat

Elmúlt 3 hónapban kapott-e COVID oltáson kívül más oltást? igen / nem

ha igen:

mit:.....

mikor:.....

Volt-e valaha oltási reakciója? igen / nem

ha igen:

Pontosítsa:.....

csak 14 éven felüli nőknél jelenjen meg:

Jelenleg várandós? igen / nem/ nincs adat

ha igen: a terhesség hányadik hetében van?

csak 14 éven felüli nőknél jelenjen meg:

Szoptat? igen / nem/ nincs adat

Feküdt kórházban az elmúlt egy évben? igen/nem/nem emlékszem

ha igen:

Milyen okból? terhesség/ baleset/ műtét/ az alaptergységem kezelése/ tüdőgyulladás/ kivizsgálás/ már nem emlékszem, de feküdtem kórházban (többszörös választás)

Hány alkalommal? / nem emlékszik

Volt-e igazoltan COVID pozitív?

igen / nem

ha igen:

Dátum:

Teszt típusa: gyorsteszt / PCR / szerológia

Kórházi kezelést igényelt? igen / nem

ha igen:

Hány napot töltött a kórházban:.....

Igényelt intenzív osztályos felvételt?igen/nem

2.4 Gyógyszerek

Rendszeresen szedett gyógyszerek: igen / nem/ nincs adat

ha igen:

a gyógyszer neve:

hatóanyag:

dózis: (csak szám!)

mértékegység: g / mg / NE / ug / ng

ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)

hányszor naponta (pl. 3):

Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális, rektális, nazális, inhalációs, egyéb:...

egyéb megjegyzések:

a gyógyszer neve:
hatóanyag:
dózis: (csak szám!)
mértékegység: g / mg / NE / ug/ ng
ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)
hányszor naponta (pl. 3):
Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális, rektális, nazális, inhalációs, egyéb:...
egyéb megjegyzések:

a gyógyszer neve:
hatóanyag:
dózis: (csak szám!)
mértékegység: g / mg / NE / ug/ ng
ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)
hányszor naponta (pl. 3):
Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális, rektális, nazális, inhalációs, egyéb:...
egyéb megjegyzések:

a gyógyszer neve:
hatóanyag:
dózis: (csak szám!)
mértékegység: g / mg / NE / ug/ ng
ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)
hányszor naponta (pl. 3):
Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális, rektális, nazális, inhalációs, egyéb:...
egyéb megjegyzések:

a gyógyszer neve:
hatóanyag:
dózis: (csak szám!)
mértékegység: g / mg / NE / ug/ ng
ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)
hányszor naponta (pl. 3):
Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális, rektális, nazális, inhalációs, egyéb:...
egyéb megjegyzések:

a gyógyszer neve:
hatóanyag:
dózis: (csak szám!)
mértékegység: g / mg / NE / ug/ ng
ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)
hányszor naponta (pl. 3):
Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális, rektális, nazális, inhalációs, egyéb:...
egyéb megjegyzések:

3. Oltás

Kapott-e COVID-oltást? igen / nem/ nincs adat
ha igen:

1. Oltás dátuma:.....

Oltás típusa: Comirnaty (Pfizer, BioNTech) / AstraZeneca, Vaxzevria, Covishield (AstraZeneca)/
Sputnik-V(Gamaleya) / Moderna (Moderna) / BBIBP-CorV (Sinopharm) / Janssen (Jonshon and
Jonshon) / CoronaVac (Sinovac) / egyéb:.....

Oltási szövődmény: allergiás reakció / egyéb:....

Oltás utáni tünetek: igen/ nem
ha igen:

Hidegrázás: igen / nem/ nincs adat

Hőemelkedés/ láz: igen / nem/ nincs adat
ha igen:

Testhőmérséklet?..... °C (axilláris/ rektális/ homlok/ intravaszkuláris/ egyéb:....)

Izomfájdalom: igen / nem/ nincs adat

Ízületi fájdalom: igen / nem/ nincs adat

Gyengeség, kimerültség: igen / nem/ nincs adat

Ájulás/eszméletvesztés: igen / nem/ nincs adat

Szédülés: igen / nem/ nincs adat

Fejfájás: igen / nem/ nincs adat

Hányinger: igen / nem/ nincs adat

Hányás: igen / nem/ nincs adat
ha igen: **Hányszor:**

Csökkent étvágy: igen / nem

Oltás helye duzzadt / fájdalmas: igen / nem

Hasmenés: igen / nem

Aluszékonyság: igen / nem

Alvászavar: igen / nem

Verejtékezés: igen / nem

Kiütés: igen / nem

Nyirokcsomó duzzanat: igen / nem

2. Oltás dátuma:.....

Oltás típusa: Comirnaty (Pfizer, BioNTech) / AstraZeneca, Vaxzevria, Covishield (AstraZeneca)/ Sputnik-V(Gamaleya) / Moderna (Moderna) / BBIBP-CorV (Sinopharm) / Janssen (Jonshon and Jonshon) / CoronaVac (Sinovac) / egyéb:.....

Oltási szövődmény: allergiás reakció / egyéb:....

Oltás utáni tünetek: igen/ nem

ha igen:

Hidegrázás: igen / nem/ nincs adat

Hőemelkedés/ láz: igen / nem/ nincs adat

ha igen:

Testhőmérséklet?..... °C (axilláris/ rektális/ homlok/ intravaszkuláris/ egyéb:....)

Izomfájdalom: igen / nem/ nincs adat

Ízületi fájdalom: igen / nem/ nincs adat

Gyengeség, kimerültség: igen / nem/ nincs adat

Ájulás/eszméletvesztés: igen / nem/ nincs adat

Szédülés: igen / nem/ nincs adat

Fejfájás: igen / nem/ nincs adat

Hányinger: igen / nem/ nincs adat

Hányás: igen / nem/ nincs adat

ha igen: **Hányszor:**

Csökkent étvágy: igen / nem

Oltás helye duzzadt / fájdalmas: igen / nem

Hasmenés: igen / nem

Aluszékonyság: igen / nem

Alvászavar: igen / nem

Verejtékezés: igen / nem

Kiütés: igen / nem

Nyirokcsomó duzzanat: igen / nem

4. Státusz

Vérnyomás: / Hgmm (sziszt. érték –MEWS)

Artériás középnyomás (MAP): (automatikus)

Pulzus:..... / perc (MEWS)

Testtömeg:..... kg/ g

Testmagasság:cm

BMI: (automatikus)

Légzésszám:..... / perc (MEWS)

Testhőmérséklet: ° C (axilláris/ rektális/ homlok/ intravaszkuláris/ egyéb:....) (MEWS)

Oxigén szaturáció(SpO2):.....%

Kap-e jelenleg oxigént vagy lélegeztetett-e a beteg? igen/nem

Glasgow skála:.....

AVPU skála: éber/ felszólításra reagál / fájdalomra reagál/ nem reagál (MEWS)

Akut szervi elégtelenség: igen / nem,
ha igen, **szervrendszer:** vese / központi idegrendszer/ tüdő/
keringés/ máj / egyéb

5. Biológiai minták

Teljes vér: igen/nem,
ha igen: **mintavétel időpontja:**.....

Szérum: igen/nem,
ha igen: **mintavétel időpontja:**.....

Plasma: igen/nem,
ha igen: **mintavétel időpontja:**.....

Nyál: igen/nem,
ha igen: **mintavétel időpontja:**.....