



**Postup pre zabezpečenie očkovania III. dávkou  
vakcíny proti ochoreniu COVID-19 -  
poskytovatelia sociálnych služieb, subjekty  
sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej  
kuratély a ďalšie subjekty, ktorých výkon súvisí  
s poskytovaním sociálnych služieb a výkonom  
opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a  
sociálnej kuratély, formou skupinového  
očkovania**

Verzia účinná od **08.10.2021**

**Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky v spolupráci s Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky, v súlade s vyhláškou Ministerstva zdravotníctva, vydáva tento postup pre očkovanie treťou dávkou vakcíny proti COVID-19, formou skupinového očkovania prostredníctvom výjazdovej očkovacej služby (ďalej len „VOS“)**

- 1. Zamestnanci a klienti pobytových, ambulantných, terénnych sociálnych služieb a CDR (ďalej len „zariadenia“) sa môžu očkovať skupinovo prostredníctvom výjazdovej očkovacej služby (VOS); táto možnosť platí aj pre zamestnancov poskytujúcich/vykonávajúcich ambulantné/terénne formy práce v rámci zariadenia, ktoré súčasne poskytujú sociálne služby/vykonáva opatrenia pobytovou formou, aj CDR.**

### **Základné informácie pre očkovanie III. dávkou vakcíny proti „COVID-19“**

- Očkovanie v zariadeniach sociálnych služieb (ďalej len „ZSS“) a CDR sa bude realizovať prostredníctvom poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (ďalej len „PZS“), určených Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“).
- Očkovanie tretej dávky bude v prvej fáze možné pre osoby očkované dvoma dávkami vakcín Comirnaty od Pfizer/BioNTech, Spikevax (pôvodne COVID-19 Vaccine Moderna), Vaxzevria (pôvodne COVID-19 Vaccine AstraZeneca), alebo Sputnik V, spĺňajúce nasledovné podmienky:
  - Klientov a zamestnancov ZSS, ktorým uplynulo najmenej 6 mesiacov od podania druhej dávky vakcíny proti COVID-19. Overenie tejto podmienky bude realizovať MZ SR v spolupráci s Národným centrom zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“) na základe doručených zoznamov klientov a zamestnancov ZSS, ktoré zašle MPSVR SR.
  - Imunokompromitovaných klientov a zamestnancov ZSS, ktorým uplynulo najmenej 4 týždne od podania druhej dávky vakcíny proti COVID-19 a ktorí sa môžu preukázať SMS od NCZI.
- Očkovacou látkou pre aplikáciu tretej dávky bude:
  - Pre osoby očkované druhou dávkou vakcínou Comirnaty od Pfizer/BioNTech, Vaxzevria (pôvodne COVID-19 Vaccine AstraZeneca), Sputnik V vakcína Comirnaty od Pfizer/BioNTech.
  - Pre osoby očkované druhou dávkou vakcínou Spikevax (pôvodne COVID-19 Vaccine Moderna) vakcína Spikevax (pôvodne COVID-19 Vaccine Moderna).
- Podmienkou realizácie očkovania v ZSS prostredníctvom VOS je minimálny počet očkovaných 5 osôb.
- V prípade nízkokapacitných zariadení je možné, aby sa pre naplnenie kapacity spájali viacerí poskytovatelia vo svojej blízkosti a krátkej mobilnej dostupnosti (napr. v rovnakej obci, mestskej časti a pod.). Tento spôsob si musia zariadenia individuálne dohodnúť s operačným strediskom Koordinačného centra pre očkovanie (ďalej len „KCO“).

## 2. Proces nahlasovania požiadavky na zabezpečenie skupinového očkovania tretej dávky proti COVID-19 prostredníctvom VOS

- Štatutárny zástupca alebo ním poverená osoba zistí/overí záujem zamestnancov a klientov o očkovanie. **Minimálny počet záujemcov o očkovanie potrebných na zaevidovanie požiadavky je 5 osôb** (oprávnené osoby sú len klienti pobytových, terénnych alebo ambulantných ZSS a zamestnanci ZSS/CDR).
- Štatutárny zástupca alebo ním poverená osoba určí zamestnanca zodpovedného za priebeh očkovania, ktorá je prítomná/dostupná počas očkovania v zariadení, zabezpečuje potrebnú súčinnosť VOS a dohliada na priebeh očkovania.
- Štatutár zariadenia alebo poverená osoba zariadenia kontaktuje zamestnancov krízového manažmentu a bezpečnosti MPSVR SR na e-mailovú adresu: [vakcinacia@employment.gov.sk](mailto:vakcinacia@employment.gov.sk), t. č. +421 917 624 815 alebo +421 917 375 399 s požiadavkou na vykonanie očkovania zaslaním **Zoznamu klientov a zamestnancov ZSS na očkovanie treťou dávkou (príloha č. 2)**.
- **Požiadavka musí byť zaslaná na MPSVR SR v predpísanej elektronickej/editovateľnej forme(nie PDF)**.
- Zodpovedná osoba MPSVR SR overí oprávnenosť požiadavky.
- Ak sú správne vyplnené všetky požadované údaje, MPSVR SR prepošle požiadavku MZ SR, ktoré zaradí požiadavku do zoznamu oprávnených požiadaviek na vykonanie vakcinácie.
- Následne MPSVR SR zverejní zoznam záujemcov o vykonanie očkovania na svojej internetovej stránke.
- Komunikácia ohľadom realizácie vakcinácie je v réžii PZS, určeného MZ SR. PZS bude komunikovať priamo so ZSS najmenej 24 hodín vopred za účelom dohodnutia termínu, materiálno-technických podmienok vakcinácie, prípadných zmien v zozname klientov a zamestnancov zariadenia, plánovaných na očkovanie (zoznam pre PZS doručí MZ SR).
- PZS po zrealizovaní vakcinácie zašle MZ SR evidenčný protokol, ktorý bude podpísaný zástupcom PZS a zodpovednou osobou ZSS.
- Štatutárny zástupca ZSS zašle po vykonaní očkovania zamestnancom krízového manažmentu a bezpečnosti MPSVR SR na e-mailovú adresu: [vakcinacia@employment.gov.sk](mailto:vakcinacia@employment.gov.sk) **HLÁSENIE O VYKONANÍ OČKOVANIA** (príloha č. 4).
- Parametre výjazdu nie je možné meniť, pri zmene je potrebné výjazd zrušiť (príloha č. 3) a následne zaslať požiadavku na vykonanie očkovania znova.
- Štatutár alebo štatutárom poverená osoba je zodpovedná za informovanie zamestnancov a klientov o priebehu očkovania, ako aj za plynulé časové naplánovanie priebehu očkovania.
- Zariadenie zabezpečí dopredu vyplnenie anamnestického dotazníka (časti kontraindikácie) pre klientov a zamestnancov.

- V prípade, že klient nevie odpovedať na otázky v anamnestickom dotazníku (**požadované dokumenty pre administráciu očkovania**), zariadenie je zodpovedné za včasné kontaktovanie všeobecného lekára klienta a zabezpečenie vyjadrenia všeobecného lekára k očkovaniu klienta najneskôr 24 hodín pred očkovaním. Požadované dokumenty musia byť v tomto prípade dostatočne včas vyplnené, aby nebol narušený plynulý priebeh očkovania; ak nie je zabezpečené vyjadrenie všeobecného lekára k očkovaniu klienta, nie je možné vykonať očkovanie klienta. Ak má klient pochybnosti o svojej vhodnosti na očkovanie, obráti sa na svojho ošetrojúceho lekára.
- V prípade, že klient nie je plne spôsobilý na právne úkony, zariadenie zabezpečí podpis opatrovníka jednat' v mene klienta na požadovaných dokumentoch pre administráciu vakcinácie. Požadované dokumenty musia byť v tomto prípade dostatočne včas vyplnené, aby nebol narušený plynulý priebeh očkovania; ak nie je zabezpečený súhlas opatrovníka klienta, nie je možné vykonať očkovanie klienta.
- Po vykonaní očkovania poverená zodpovedná osoba ZSS overí vykonanie očkovania v zariadení na evidenčnom protokole VOS svojím podpisom. Prílohou protokolu je aj zoznam očkovaných osôb.

### 3. Podanie vakcíny

- Pri podaní vakcíny sa PZS riadi údajmi uvedenými v Súhrne charakteristických vlastností lieku (SPC) pre jednotlivé typy vakcín.

### 4. Priebeh vakcinácie

- Klient/zamestnanec ZSS vyplní a podpíše dotazník o svojom zdravotnom stave (anamnestický dotazník je priložený ako samostatný dokument). Pre zabezpečenie plynulého priebehu očkovania odporúčame, aby všetky požadované dokumenty boli vyplnené vopred (z hľadiska korektného záznamu o aktuálnom zdravotnom stave osoby odporúčame vyplniť anamnestický dotazník **najskôr 24 hodín** pred plánovaným vykonaním očkovania).
- Lekár PZS vykoná vyšetrenie formou kontroly a podpisu anamnestického dotazníka, vyplneného klientom/zamestnancom. Lekár oboznámi klienta/zamestnanca s vykonaním vakcinácie, nutnosťou 15 minútového čakania po vakcinácii a súčasne s možným výskytom nežiadúcich účinkov – bolesťivosť, začervenanie v mieste vpichu a eventuálne celkové prejavy: zvýšená teplota, myalgie.
- Klient/zamestnanec podpíše informovaný súhlas s očkovaním, obdrží Písomnú informáciu pre používateľa a po podaní látky dostane Potvrdenie o podaní očkovacej látky.
- Po podaní očkovacej látky zostáva Klient/zamestnanec vo vyhradených priestoroch alebo na svojom lôžku 15 minút a jeho stav je kontrolovaný zdravotníckym pracovníkom.
- Podanie očkovacej látky sa eviduje v určenom informačnom systéme (v prípade, že to nie je možné, eviduje sa osobitne elektronicky alebo papierovo a nahrá sa do systému najneskôr nasledujúci deň po dátume očkovania).
- V očkovacom priestore pracuje vždy najmenej jeden zdravotnícky pracovník, pre plynulé zabezpečenie očkovania odporúčame dvoch zdravotníckych pracovníkov -

jeden vykonáva rozhovor (anamnézu) klienta/zamestnanca so zameraním na kontraindikácie a podáva vakcínu, druhý ju môže pripravovať v čase anamnestického rozhovoru.

- Administratívny člen VOS je zodpovedný za evidenciu očkovaných.
- V prípade nežiadúcich účinkov je ich nutné hlásiť Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv (ŠUKL) (príloha č.1).

## Príloha č.1

### Hlásenie nežiaducich účinkov

Nežiaduci účinok lieku (NÚL) je každá reakcia na liek, ktorá je škodlivá a nechcená. Môže vzniknúť pri použití lieku v súlade s jeho indikáciami, kontraindikáciami a dávkovaním alebo aj mimo schváleného spôsobu použitia. NÚL môže vzniknúť tiež pri pracovnej expozícii lieku, napr. u osoby, ktorá s liekom manipuluje (zdravotná sestra, ošetrovateľ, farmaceut). Potrebne je hlásiť aj predávkovanie, nesprávne použitie, zneužitie lieku a chyby v liečbe, ktoré majú súvis s NÚL taktiež použitie lieku po určenom čase expirácie. O nežiaducom účinku môžeme hovoriť vtedy, keď kauzálny vzťah medzi liekom a vzniknutou reakciou je aspoň na úrovni zdôvodniteľnej možnosti.

Štátny ústav pre kontrolu liečiv zbiera hlásenia na nežiaduce účinky liekov vrátane vakcín od zdravotníckych pracovníkov a pacientov na Slovensku, spracováva ich, vyhodnocuje ich súvislosť s liečbou a následne zasiela do Európskej databázy hlásení podozrení na nežiaduce účinky liekov – EudraVigilance.

**Hlásenie akéhokoľvek podozrenia na nežiaduce účinky môžete vykonať jedným z nasledujúcich spôsobov:**

vyplniť  
elektronický  
webový formulár

vyplniť tlačivo  
zaslať  
e-mailom na  
neziaduce.ucinky  
@sukl.sk

vyplniť tlačivo  
zaslať poštou na  
adresu  
Štátny ústav pre  
kontrolu liečiv  
Kvetná 11  
825 08 Bratislava

telefonicky  
+421 2 507 01 206

**Pokyny k  
vyplneniu:**

**TLAČIVA** hlásenia podozrenia na nežiaduce účinky liekov  
nájdete [tu](#). **ELEKTRONICKÉHO** **WEBOVÉHO** **FORMULÁRU**  
nájdete [tu](#).

**V prípade hlásenia podozrenia na nežiaduce účinky v súvislosti s očkovaním prosíme:**

**lekárov**, ktorí očkovanie uskutočnili alebo im boli nahlásené podozrenia na nežiaduce účinky v súvislosti s očkovaním, vyplniť tlačivo [Hlásenie nezvyčajných reakcií v súvislosti s očkovaním](#) (podľa Vyhlášky MZ SR č. 585/2008 Z. z.) alebo použiť [elektronický webový formulár](#),

**iných zdravotníckych pracovníkov** a nezdravotníckych pracovníkov (**pacientov**, ich **rodinných príslušníkov**), prosíme, použiť [elektronický webový formulár](#), vyplniť tlačivo alebo nahlásiť podozrenie na NÚL telefonicky.

### **Dôležité informácie:**

Pri hlásení podozrení na nežiaduce/vedľajšie účinky liekov je potrebné uviesť nasledujúce informácie týkajúce sa:

**pacienta:** iniciály, pohlavie, dátum narodenia alebo vek,

**podávaného podozrivého lieku:** názov lieku, šarža, sila lieku, dávkovanie, časové ohraničenie užívania, indikácia,

vzniknutej **nežiaducej reakcie**: závažnosť, kedy reakcia vznikla/odznela alebo či pretrváva, identifikácie **odosielateľa hlásenia**: kvalifikácia, meno a kontakt (email/telefón) v prípade potreby doplnenia bližších informácií.

Pri nahlasovaní podozrení na nežiaduce účinky je vhodné uviesť, pokiaľ je to možné, aj bližšie informácie o anamnéze pacienta, súbežne užívaných liekoch a doplňujúce informácie ako napr. gravidita pacientky, aby hlásenie bolo čo najpresnejšie a obsahovalo, čo najpodrobnejšie informácie.

ŠÚKL spracováva a uchováva osobné údaje (meno a kontakt) na základe povinnosti uvedenej v Zákone č. 362/2011 Z. z. a nie sú poskytované iným subjektom.

[https://www.sukl.sk/hlavna-stranka/slovenska-verzia/bezpecnost-liekov/hlasenie-o-neziaducich-ucinkoch?page\\_id=536](https://www.sukl.sk/hlavna-stranka/slovenska-verzia/bezpecnost-liekov/hlasenie-o-neziaducich-ucinkoch?page_id=536)

**Viac informácií o vakcínach a spôsobe hlásenia nežiadúcich účinkov v súvislosti s očkovaním:**

[www.sukl.sk](http://www.sukl.sk)

[Význam hlásenia nežiaducich účinkov liekov](#)

[Vedeli ste, že môžete sami nahlásiť vedľajšie účinky?](#)

[Informácia o postupoch po prijatí hlásenia podozrenia na nežiaduci účinok](#)

[Čo znamená označenie obráteného čierneho trojuholníka?](#)

[Databanka nežiaducich účinkov liekov](#)

**Nasledovné prílohy sa nachádzajú v samostatných súboroch formátu MS Excel.**

Príloha č. 2

**ZOZNAM KLIENTOV A ZAMESTNANCOV ZSS NA OČKOVANIE TREŤOU DÁVKOU**

Zoznam klientov a zamestnancov ZSS na očkovanie treťou dávkou\_v1.xlsx

Príloha č. 3

**HLÁSENIE O NEVYKONANÍ OČKOVANIA**

ZSS\_F11\_Hlásenie o nevykonaní očkovania\_v1.xlsx

Príloha č. 4

**HLÁSENIE O VYKONANÍ OČKOVANIA**

ZSS\_F12\_Hlásenie o vykonaní očkovania\_v1.xlsx

## Požadované dokumenty k administrácii očkovania

### ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

#### Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Dátum a čas očkovania

Identifikačné údaje pacienta:

Meno, priezvisko, rodné číslo

Anamnestické otázky pre pacienta:

Otázka	Áno	Nie
Máte príznaky akútneho ochorenia (teplota nad 37°C, produktívny kašeľ, kašeľ s vykašliavaním hlienu, slabosť, bolesti kĺbov a svalov, malátnosť, infekčnú hnačku, bolesti hrdla)		
Trpíte závažným ochorením, ktoré bolo v minulosti posudzované ako možná prekážka (kontraindikácia) pre podanie vakcíny (napr. autoimunitné ochorenie, demyelinizačné ochorenie) ?		
Mali ste závažnú alergickú reakciu v minulosti (napr. anafylaktický šok) ?		
Mali ste niekedy v minulosti závažné vedľajšie príhody po podaní vakcíny?		
Máte vážnu poruchu zrážanlivosti krvi (napr. vážna forma hemofílie) ?		
Ste tehotná ?		

Podpis očkovanej/ očkovaného:

Dátum:

Podpis očkujúcej zdravotníčky/ očkujúceho zdravotníka:

Dátum:



## INFORMOVANÝ SÚHLAS

POSKYTOVATEĽ ZS (vyplniť).....

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....rodné číslo: .....

bydlisko (ulica, čís.domu, miesto, PSČ): .....

.....

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie): .....

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

.....

.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Očkovacia látka (vakcína) môže byť bielkovina vírusu, oslabený vírus vyvolávajúci krátkodobu tvorbu bielkoviny vírusu, mRNA – nejadrová RNA kódujúcu bielkovinu vírusu. Podanie očkovacej látky je možné označiť za predstavenie vírusu imunitnému systému pacienta s vyvolaním tvorby protilátok a zapojením ďalších mechanizmov chrániacich následne pred vznikom ochorenia. Účinnosť očkovacej látky je možné predĺžiť treťou dávkou.

Dolu podpísaný/á .....

potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) a v priestoroch pracoviska..... (doplniť očkovacie miesto).

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovanými diagnostickými výkonmi súhlasím – nesúhlasím.\*  
Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na..... (doplniť očkovacie miesto) bezodkladne, vyhlasujem, že napriek

možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na. .... (doplniť očkovacie miesto) trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

V .....dňa .....čas .....

.....  
podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis osoby, ktorej sa poskytuje  
zdravotná starostlivosť

(prípadne jej zákonného zástupcu)

\* nehodiace preškrtnúť