

Osobni podaci o osobi koja se cijepi – COVID-19 mRNA cjepiva

Verzija 8, stanje: 04.8.2021.

Prezime*

Ime*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 znamenki)*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*

Spol:*

žensko

muško

različito

inter

otvoreno

nema unosa

Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, stubište, broj vrata)

Telefonski broj

Adresa e-pošte

Ev. ime zakonskog zastupnika

Molimo odgovorite na sljedeća pitanja

Označiti odgovarajuće

1. Jeste li već imali infekciju **SARS-CoV-2** (potvrđeno PCR-om), **COVID-19** (potvrđeno PCR-om) ili **antitijela protiv koronavirusa** (samo neutralizacijski test ili korelat neutralizacijskom testu)?

Da

Ne

Ako da, kada?

2. Jeste li bili oboljeli ili bolujete u zadnjih 7 dana od **akutne bolesti ili infekcije** (npr. vrućica kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)?

Da

Ne

Ako da, od čega?

3. Jeste li već nekada imali **alergijski šok s padom krvnog tlaka, teškim disanjem ili kolapsom**?

Da

Ne

Ako da, na što?

4. Jeste li već dobili **cjepivo protiv COVID 19**, je li u zadnja 4 tjedna bilo drugih cijepljenja, ili se trenutno provodi **imunoterapija specifična za alergiju/hiposenzibilizacija**?

Da

Ne

Ako da, koja i kada?

5. Je li u prošlosti **nakon cijepljenja bilo tegoba ili nuspojava** (s iznimkom lakših lokalnih reakcija poput crvenila, otekline, bolova na mjestu uboda ili lagane vrućice)?

Da

Ne

Ako da, nakon kojeg cijepljenja i koje?

6. Jeste li **alergični na lijekove ili sastojke cjepiva** (vidi upute za uporabu)?

Da

Ne

Ako da, koje?

7. Uzimate li redovito lijekove **koji razrjeđuju krv**?

Da

Ne

Ako da, koje?

8. Postoje li **teška ili kronična oboljenja** (npr. imunodeficijencija, karcinom, autoimuno oboljenje, smetnja zgrušavanja krvi, kronične upalne bolesti)?

Da

Ne

Ako da, koje?

9. Provodi li se trenutno **kemo i/ili terapija zračenjem** ili uzimate lijekove **koji slabe imunitet** (npr. kortizon)?

Da

Ne

Ako da, koje?

10. Je li planiran **operativni zahvat**?

Da

Ne

Ako da, kada?

11. Jeste li **trudni**?

Da

Ne

Ako da, koji tjedan trudnoće?

Izjava o suglasnosti – mRNA cjepiva protiv COVID-19

Nakon cijepjenja protiv COVID-19 često se javljaju reakcije na mRNA cjepiva protiv COVID-19 koje se obično samostalno povuku nakon nekoliko dana. Na mjestu uboda vrlo često se mogu javiti bolovi ili otekline odnosno često crvenilo te osip ili urtikarija. Osim toga, vrlo često može doći do (vrlo snažnog) umora, glavobolje, bolova u mišićima, bolova u zglobovima, ukočenosti zglobova, oticanja u pazuhu, mučnine, povraćanja, proljeva, groznice te vrućice odnosno često može doći do osipa na koži. Vrlo često znači da je pogođeno više od 1 od 10 cijepjenih osoba, odnosno često znači do 1 od 10 cijepjenih osoba. Mogu se pojaviti teške alergijske reakcije. Vrlo rijetko su prijavljeni miokarditis i perikarditis. Kod iznemoglosti ili vrućice treba izbjegavati snažne fizičke aktivnosti. O detaljima pogledajte informacije o uporabi koje su dostupne u elektronskom obliku. Na upit Vam se informacije o uporabi mogu dati na raspolaganje u papirnomo obliku. Ako imate pitanja, obratite se svom liječniku. Za pristup informacijama za uporabu odobrenih cjepiva protiv COVID-19 skenirajte QR kod (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



Svojim potpisom potvrđujem:

- da sam pročitao/la i razumio/la informacije o uporabi navedenog cjepiva ili mi je to dovoljno objašnjeno. Mogao/la sam se tamo informirati o mogućim nuspojavama i okolnostima koje ne idu u prilog mom cijepljenju.
- da time dovoljno razumijem korist i rizik cijepjenja te mi stoga nije potreban daljnji osobni razgovor,
- da sam suglasan/na s provedbom besplatnog cijepjenja, i
- da sam informiran/na o tome da je obrada mojih osobnih podataka u registru cijepjenja u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzzerklaerung>).

**Ako NISTE suglasni s cijepljenjem ili trebate dodatno objašnjenje od liječnika****, onda NE POTPISUJTE ovu Izjavu o suglasnosti.**

Za maloljetne (djeca prije navršene 14. godine života) ili osobe koje nisu sposobne odlučivati potrebna je suglasnost zakonskog zastupnika (skrbnik, zastupnik odraslih ili opunomoćenik za skrb) osobe koja se cijepi. Mladi (maloljetni od navršene 14. godine života) moraju samostalno pristati, ako su sposobni za odlučivanje.

Datum (TT.MM.GGGG) Potpis osobe koja se cijepi ili zakonskog zastupnika

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Važne informacije: U slučaju pojave reakcija (mučnina, kolaps, alergija itd.), ostanite

u blizini liječnika 20 minuta nakon cijepjenja radi vlastite sigurnosti.

Ako primijetite nuspojave obratite se liječniku ili ljekarniku. Oni su dužni prijaviti nuspojave na koje sumnjate.

Prijavu nuspojava možete međutim učiniti Vi ili Vaša rodbina. Ostale informacije o mogućnostima prijave pogledajte na

www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen ili pozovite 0800 555 621.**Pozor: Ostavite prazno – ispunjava služba za cijepjenje**Služba za cijepjenje/organizacija
(broj ugovornog partnera, ako postoji)*

Prostor za službene bilješke

Primljeno cjepivo:*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty
 Moderna: COVID-19 Vaccine Moderna
 Ostalo:

Doza cjepiva:*

1. doza
 2. doza

 Pripremila treća osoba

- Lijeva nadlaktica
 Desna nadlaktica

Broj šarže (LOT ili Ch.B)*

Datum cijepjenja (TT.MM.GGGG)*

Ime odgovornog liječnika*

Ime osobe koja vrši cijepjenje (ako se razlikuje)

 Građanka/građanin
ne može se jasno identificirati

Potpis odgovornog liječnika