

Molimo popunite obavezna polja označena sa * za registar vakcinacije.

Lični podaci osobe nad kojom se provodi imunizacija (alternativno nalepnica pacijenta)

Prezime*	Ime*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broj socijalnog osiguranja (svih 10 cifara, ako postoje)	Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rod*	<input type="radio"/> ženski <input type="radio"/> muški <input type="radio"/> fluidni <input type="radio"/> interseksualni <input type="radio"/> otvoreni <input type="radio"/> bez izjašnjenja

Lični podaci zakonskog zastupnika

Prezime	Ime
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa (poštanski broj, mesto, ulica, broj kuće, sprat, broj stana)	Broj telefona
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail adresa	
<input type="text"/>	

Molimo odgovorite na dole navedena pitanja za osobu kod koje će se obaviti imunizacija

Ako je osoba nad kojom će se obaviti imunizacija preležala bolest ili je primila imunizaciju odnosno vakcinu između ispunjavanja Izjave o saglasnosti i stvarnog termina vakcinacije, molimo da o tome obavestite lekarku ili lekara pre imunizacije. Kod termina za imunizaciju treba pokazati sve beleške o vakcinaciji (npr. vakcinacioni pasoš, ispravu o vakcinaciji, karticu o vakcinaciji) osobe nad kojom će se obaviti imunizacija.

1. Da li osobu nad kojom će se obaviti imunizacija pati ili je болоvala u proteklih 7 dana od akutne bolesti ili infekcije (npr. temperatura, kašalj, kijavica, upala grla, drugo)? Pravilno izaberite
 Da Ne

Ako je odgovor Da, usled čega?

2. Da li je osoba nad kojom će se obaviti imunizacija alergična na lekove ili sastojke vakcine (vidi Informacije o korišćenju)? Da Ne

Ako je odgovor Da, koje?

3. Da li je osoba nad kojom će se obaviti imunizacija već imala alergijski šok sa padom krvnog pritiska, teškim disanjem ili kolaps? Da Ne

Ako je odgovor Da, na šta?

4. Da li postoje ostale medicinske informacije o osobi nad kojom će se obaviti imunizacija (npr. bolesti, vakcinacije, terapije, operacije, itd.)? Da Ne

Ako je odgovor Da, koju i kada?

Nakon imunizacije protiv RSV-a nastupaju često poznate reakcije koje se obično samostalno povuku u toku nekoliko dana. Manje često ($\geq 1/1000$, < 100) se pojavljuje osip, temperatura i reakcije (npr. bol, svrdnjanje, oticanje) na mestu ubrizgavanja. Ozbiljne reakcije preosetljivosti, uključujući anafilaksiju, primećene su sa monoklonskim antitelima.

Odgovarajuća, aktualna i potpuna verzija informacija o korišćenju leka deo je ovog lista sa informacijama i dokumentacijom i mora biti dostupna u elektronskom obliku, na zahtev i u štampanom obliku. Informacije o korišćenju lekova koje se nude u saveznom, pokrajinskom i socijalnom programu imunizacije dostupne su na: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>. Dodatne informacije i preporuke za vakcinaciju koje važe za Austriju možete pronaći na veb sajtu Saveznog ministarstva za socijalna pitanja, zdravlje, negu i zaštitu potrošača na: www.sozialministerium.at/impfen.



Ako imate dodatnih pitanja, molimo obratite se pre potpisivanja ovog upitnika svojoj lekarki ili svom lekaru za lični razgovor.

Ukoliko ne postoji mogućnost osobnog razgovora sa lekarkom ili lekarom obratite se medicinskoj službi/zdravstvenom odeljenju nadležnog okružnog upravnog zdravstvenog tela i potpišete Izjavu o saglasnosti tek nakon obavljenog razgovora.

Svojim potpisom potvrđujem,

- da sam imao mogućnost lično dobiti objašnjenje,
- da sam pročitao i razumeo informacije o upotrebi navedenog leka ili da mi je ovo dovoljno objašnjeno. Pri tome sam mogao da se informišem o mogućim neželjenim dejstvima i okolnostima koji govore protiv moje imunizacije.
- da sam dovoljno razumeo korist i rizik od imunizacije i da mi nije potrebna nikakva (dalja) medicinska konsultacija.
- da sam saglasan sa sprovođenjem imunizacije.
- da sam obavešten da je obrada mojih ličnih podataka planirana u registru vakcinacije u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj telematici 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Datum (DD.MM.GGGG)

Potpis zakonskog zastupnika

Važne informacije: U slučaju pojave reakcija (kolaps, alergija itd.), ostanite zajedno sa detetom radi sigurnosti nakon imunizacije u blizini lekara 20 minuta. Ako sumnjate na neželjene efekte, razgovarajte sa svojom lekarkom ili lekarom ili apotekarkom ili apotekarom. Oni su dužni da prijave sumnjive neželjene efekte. Vi ili vaša rodbina takođe možete prijaviti neželjene efekte. Dodatne informacije o mogućnostima izveštavanja možete pronaći na adresi <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> ili kontaktirajte +43 (0) 50 555 36600.



Pažnja: Ostavite prazno – Popunjava samo centar za vakcinaciju

Služba za vakcinaciju/organizacija

(broj ugovornog partnera, ako postoji)*

Prostor za medicinske beleške

Telesna masa deteta

Primenjena doza*

- Beyfortus 50 mg rastvor za injekciju
 Beyfortus 100 mg rastvor za injekciju

Broj serije (LOT ili Ch.B)*

Datum primene imunizacije (DD.MM.GGGG)*

Ime i prezime odgovorne lekarko / odgovornog lekara*

Ime osobe nad kojom će se izvršiti imunizacija (ako se razlikuje)

- Osoba nad kojom će se izvršiti imunizacija ne može se jasno identifikovati.

Potpis odgovorne lekarko / odgovornog lekara