

Заполните обязательные поля, отмеченные *, для регистрации прививок.

Личные данные лица, подлежащего иммунизации (альтернативный вариант — этикетка пациента)

Фамилия*	<input type="text"/>	Имя*	<input type="text"/>
Номер социального страхования* (все 10 цифр, если имеется)	<input type="text"/>	Дата рождения (ДД.ММ.ГГГГ)*	<input type="text"/>
Пол*	<input type="radio"/> женский <input type="radio"/> мужской <input type="radio"/> другой	<input type="radio"/> интерсекс <input type="radio"/> открытый <input type="radio"/> нет данных	

Личные данные законного представителя

Фамилия	<input type="text"/>	Имя	<input type="text"/>
Адрес (почтовый индекс, город, улица, номер дома, подъезда, квартиры)	<input type="text"/>	Номер телефона	<input type="text"/>
Адрес электронной почты	<input type="text"/>		

Ответьте на следующие вопросы касательно человека, которому предстоит иммунизация

Если подлежащий иммунизации человек в период между заполнением заявления о согласии и датой проведения иммунизации перенес какое-либо заболевание или ему были сделаны прививки, сообщите об этом врачу до проведения иммунизации. На приеме у врача по иммунизации следует предъявить все записи о прививках (например, прививочный паспорт, карту прививок, карту вакцинации) человека, которому предстоит иммунизация.

1. Страдает ли человек, которому предстоит иммунизация, **острым заболеванием или инфекцией или перенес такое заболевание в течение последних 7 дней** (например, высокая температура, кашель, насморк, боль в горле, другое)? Выберите подходящий Да Нет

Если да, то какое это заболевание?

2. Страдает ли человек, которому предстоит иммунизация, **аллергией на медикаменты или компоненты лекарственного препарата** (см. инструкции по применению лекарственного препарата)? Да Нет

Если да, то на что аллергия?

3. Случался ли ранее у человека, которому предстоит иммунизация, **анафилактический шок с падением давления, тяжелой одышкой или коллапсом**? Да Нет

Если да, чем был вызван?

4. Имеется ли другая **медицинская информация** о подлежащем иммунизации человеке (например, заболевания, прививки, лечение, операции и т. д.?) Да Нет

Если да, то что и когда?

После иммунизации против RSV могут возникнуть реакции, которые обычно проходят сами по себе в течение нескольких дней. Иногда ($\geq 1/1\ 000$, < 100) в месте инъекции появляются сыпь, жар и реакции (например, боль, уплотнение, отек). При использовании моноклональных антител наблюдались серьезные реакции гиперчувствительности, включая анафилаксию.

Соответствующая, актуальная и полная версия инструкции по применению лекарственного препарата является частью данной формы для сбора информации и документирования и должна быть предоставлена в электронном или печатном виде по запросу. Инструкции по применению вакцин и лекарственных препаратов, входящих в государственные программы вакцинации федерального правительства, федеральных земель и социального страхования, доступны на сайте: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>. Дополнительную информацию и рекомендации по вакцинации, действующие в Австрии, можно найти на сайте Федерального министерства социальных дел, здравоохранения, медицинского обеспечения и защиты прав потребителей на сайте: www.sozialministerium.at/impfen.



Если у вас возникли дополнительные вопросы, перед подписанием этой формы свяжитесь с вашим врачом для личной консультации.

Если у вас нет возможности лично проконсультироваться с врачом, мы просим вас обратиться в медицинскую службу / отдел здравоохранения вашего компетентного районного административного органа и подписать заявление о согласии только после консультации.

Своей подписью я подтверждаю, что:

- У меня была возможность получить разъяснения лично;
- Я прочитал и понял инструкцию по применению вышеупомянутого лекарственного средства или что она была мне достаточно подробно разъяснена. Я имел возможность узнать о возможных побочных эффектах и обстоятельствах, которые говорят против иммунизации.
- Я в достаточной степени понимаю преимущества и риски иммунизации и не нуждаюсь в (дополнительной) консультации врача.
- Я согласен на проведение иммунизации;
- Я проинформирован о том, что обработка персональных данных в журнале прививок предусмотрена в соответствии с Законом о телемедицине 2012 г. (см. <https://www.elga.gv.at/datenschutzzerklaerung>).



Дата (ДД.ММ.ГГГГ)

Подпись законного представителя

Важная информация. В случае появления каких-либо реакций (коллапс, аллергия и т. д.) в целях безопасности оставайтесь с ребенком в пределах досягаемости врача в течение 20 минут после иммунизации. Если вы подозреваете наличие побочных эффектов, проконсультируйтесь с врачом или фармацевтом. Они обязаны сообщать о предположительных побочных эффектах. Однако сообщения о побочных эффектах могут быть сделаны также вами или вашими родственниками. Дополнительную информацию о вариантах отправки сообщений вы можете найти на сайте <https://www.basq.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> или позвоните по телефону +43 (0) 50 555 36600.



Внимание! Данное поле оставьте пустым. Заполняется только органом, проводящим иммунизацию.

Организация, делающая прививки
(Номер контрагента, если имеется)*

Поле для примечаний врача

Масса тела ребенка

Введенная доза*

- «Бейфортус» 50 мг раствор для инъекций
 «Бейфортус» 100 мг раствор для инъекций

Номер партии (ЛОТ или Ch.B)*

Дата иммунизации (ДД.ММ.ГГГГ)*

Имя ответственного врача*

Имя лица, подлежащего иммунизации (если не совпадает)

- Подлежащее иммунизации лицо не может быть однозначно идентифицировано.

Подпись ответственного врача