

## Osobni podaci osobe koja se cijepi - naziv cijepiva

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 za osobe koje se cijepe

Ako je osoba koja će se cijepiti preboljela bolest ili je primila neka druga cjepiva između ispunjavanja Izjave o suglasnosti i stvarnog termina cijepljenja, molimo da o tome obavijestite liječnika prije cijepljenja. Na cijepljenju treba predložiti sve bilješke o cijepljenju (npr. putovnica o cijepljenju, iskaznica o cijepljenju, kartica o cijepljenju) osobe koja će se cijepiti.

Označiti odgovarajuće

**1. Je li osoba koja se namjerava cijepiti pati ili je bolovala u zadnjih 7 dana od akutne bolesti ili infekcije (npr. vrućica, kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)?**

Da  Ne

Ako da, od čega?

**2. Je li osoba koja se namjerava cijepiti alergična na lijekove ili sastojke cjepiva (vidi upute za uporabu)?**

Da  Ne

Ako da, na koje?

**3. Je li osoba koja se namjerava cijepiti već imala alergijski šok s padom krvnog tlaka, teškim disanjem ili kolaps?**

Da  Ne

Ako da, na što?

**4. Je li kod osobe koja se namjerava cijepiti u zadnja 4 tjedna bilo drugih cijepljenja, ili se trenutno kod osobe koja se provodi imunoterapija specifična za alergiju/hiposenzibilizacija?**

Da  Ne

Ako da, koja i kada?

**5. Je li osoba koja se namjerava cijepiti u posljednja 3 mjeseca primila krv, krvne produkte ili ili imunglobulin?**

Da  Ne

Ako da, koje i kada?

**6. Uzima li osoba koja se namjerava cijepiti redovito lijekove za razrjeđivanje krvi?**

Da  Ne

Ako da, na koje?

**7. Provodi li se trenutno kod osobe koja se namjerava cijepiti kemoterapija i/ili terapija zračenjem ili uzima li osoba koja se namjerava cijepiti lijekove koji slabe imunitet (npr. kortizon)?**

Da  Ne

Ako da, na koje?

**8. Je li kod osobe koja se cijepi u prošlosti nakon cijepljenja bilo tegoba ili je imala 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?

**9. Postoje li kod osobe koja se namjerava cijepiti teška ili kronična oboljenja (npr. imunodeficijencija, karcinom, autoimuno oboljenje, smetnja zgrušavanja krvi, kronične upalne bolesti)?**

Da  Ne

Ako da, na koje?

**10. Je li osoba koja se namjerava cijepiti bila nedavno podvrgnuta operativnom zahvatu ili je planiran takav zahvat?**

Da  Ne

Ako da, kada?

**11. Je li osoba koja se namjerava cijepiti trudna?**

Da  Ne

Ako da, koji tjedan trudnoće?

## Izjava o suglasnosti za cijepljenje

Verzija 3, stanje: 17.7.2024.

Odgovarajuća, aktualna i potpuna verzija uputa za uporabu cjepiva dio je ovog lista s informacijama i dokumentacijom i mora biti dostupna u elektroničkom obliku, na zahtjev i u ispisanom obliku.

Upute za uporabu cjepiva koja 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>

U nekim slučajevima Nacionalni gremij za cjepiva preporučuje upotrebu cjepiva koja su izvan odobrenja kako bi se onima koji se cijepi pružio najbolji mogući tretman utemeljen na dokazima. Off-label uporaba zahtijeva povećanu pažnju i posebne zahtjeve za informacijama.

Dodatne informacije i preporuke za cijepljenje koje vrijede za Austriju možete pronaći u brošuri o cijepljenju odnosno na internetskoj stranici Saveznog ministarstva za socijalna pitanja, zdravlje, njegu i zaštitu potrošača unter: [www.sozialministerium.at/impfen](http://www.sozialministerium.at/impfen)

### Ako imate dodatna pitanja, obratite se prije potpisivanja ovog upitnika svojoj liječnici ili svom liječniku.

Ukoliko na ne postoji mogućnost osobnog razgovora s liječnicom ili liječnikom koji vrši cijepljenje (npr. u slučaju **školskog cijepljenja**), obratite se medicinskoj službi/uredu za zdravstvo nadležnog okružnog upravnog tijela te potpišete Izjavu o suglasnosti tek nakon obavljenog razgovora.

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) mogu samostalno pristati, ako su sposobni za odlučivanje.

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 cijepljenja te mi stoga nije potreban daljnji osobni razgovor,
- da sam suglasan/na s provedbom cijepljenja, i
- da sam informiran/na o tome da je obrada mojih osobnih podataka u registru cijepljenja u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).

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

**Važne informacije:** U slučaju pojave reakcija (mučnina, kolaps, alergija, itd.), ostanite u blizini liječnice ili liječnika 20 minuta nakon cijepljenja radi vlastite sigurnosti.

Ako primijetite nuspojave obratite se liječniku ili ljekarniku. Oni su dužni prijaviti nuspojave na koje sumnjate. Prijavu nuspojave možete međutim učiniti Vi ili Vaša rodbina. Ostale informacije o mogućnostima prijave pogledajte online na <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> ili nazovite +43 (0) 50 555 36600.

### Pozor: Ostavite prazno – ispunjava služba za cijepljenje

Služba za cijepljenje/organizacija

(broj ugovornog partnera, ako postoji)\*

Pripremila treća osoba

Lijeva nadlaktica

Off-label uporaba

Desna nadlaktica

Primijenjeno cjepivo\*

Prostor za službene bilješke

Broj šarže (LOT ili Ch.B)\*

Datum cijepljenja (DD.MM.GGGG)\*

Ime odgovorne liječnice /  
odgovornog liječnika\*

Ime osobe koja vrši cijepljenje (ako se razlikuje)

Osoba koja se cijepi ne može se jasno identificirati.

Potpis odgovornog liječnika