

Vă rugăm să completați în orice caz câmpurile obligatorii marcate cu * pentru Registrul de vaccinare.

Datele personale ale persoanei care urmează să fie imunizată (alternativ autocolant identificare pacient)

Nume de familie*

Prenume*

Număr de asigurare socială* (toate cele 10 cifre, dacă este disponibil)

Data nașterii (ZZ.LL.AAAA)*

Gen* feminin masculin divers intersex nedeterminat nicio mențiune

Datele personale ale reprezentantului legal

Nume de familie

Prenume

Adresa (cod poștal, localitate, stradă, număr, scară, apartament)

Număr de telefon

Adresa de e-mail

Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări pentru persoana care urmează să fie imunizată

Dacă, între momentul completării declarației de consimțământ și data efectivă a imunizării, persoana care urmează să fie imunizată a suferit o îmbolnăvire sau a primit un tratament de imunizare sau un vaccin, vă rugăm să informați medicul despre aceasta înainte de administrarea imunizării. La data programată pentru imunizare trebuie prezentate toate înregistrările privind vaccinările (de ex. pașaport de vaccinare, carnet de vaccinare, card de vaccinare) ale persoanei care urmează să fie imunizată.

1. Persoana care urmează să fie imunizată suferă sau a suferit în ultimele 7 zile de o **afecțiune sau o infecție acută** (de ex. febră, tuse, strănut, dureri în gât, altele)?

Dacă da, de ce
anume?

Selectați răspunsul
corespunzător

Da Nu

2. Persoana care urmează să fie imunizată suferă de o **alergie la medicamente** sau la **ingrediente ale medicamentului** (a se vedea prospectul)?

Dacă da, la care?

Da Nu

3. Persoana care urmează să fie imunizată a suferit în trecut un **șoc alergic cu scăderea tensiunii arteriale, dificultăți respiratorii severe sau leșin**?

Dacă da, la ce
anume?

Da Nu

4. Există alte **informații medicale** despre persoana care urmează să fie imunizată (de exemplu boli, vaccinări, terapii, operații etc.)?

Dacă da, care sunt acestea
și când au survenit?

Da Nu

După imunizarea împotriva VSR pot apărea reacții, care de obicei dispar de la sine în câteva zile. Ocazional ($\geq 1/1000$, < 100) pot apărea erupții cutanate, febră și reacții (de exemplu durere, întărire, umflare) la locul injectiei. Reacții de hipersensibilitate grave, inclusiv anafilaxie, au fost observate în cazul administrării de anticorpi monoclonali.

Versiunea relevantă, actuală și completă a prospectului medicamentului este parte integrantă a acestei Fișe de informare și documentare și trebuie să fie pusă la dispoziție în format electronic și, la cerere, și în formă tipărită. Instrucțiunile de utilizare a vaccinurilor și medicamentelor furnizate în cadrul programelor publice de vaccinare derulate de guvernul federal, statele federale și serviciul de asigurări sociale sunt disponibile la adresa: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>. Informații suplimentare și recomandările de vaccinare valabile pentru Austria pot fi găsite pe site-ul Ministerului Federal al Afacerilor Sociale, Sănătății, Îngrijirii și Protecției Consumatorului la adresa: www.sozialministerium.at/impfen.



Dacă aveți întrebări suplimentare, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră pentru o discuție personală înainte de a semna acest formular.

Dacă nu există posibilitatea unei consultații personale cu un medic, vă rugăm să contactați serviciul medical/departamentul de sănătate al autorității administrative districtuale responsabile și să semnați formularul de consimțământ numai după ce consultația a avut loc.

Prin semnătura mea, confirm:

- că am avut posibilitatea unei discuții personale de informare
- că am citit și am înțeles prospectul medicamentului menționat sau că acesta mi-a fost explicat în mod corespunzător. Din prospect m-am putut informa despre posibilele reacții adverse și aspectele care reprezintă contraindicații la administrarea tratamentului de imunizare.
- că înțeleg în mod corespunzător beneficiile și riscurile imunizării și nu am nevoie de clarificări medicale (suplimentare)
- că sunt de acord cu efectuarea imunizării.
- că am fost informat/ă cu privire la prelucrarea prevăzută a datelor mele cu caracter personal în Registrul de vaccinare conform Legii privind telematica în domeniul sănătății din 2012 (a se vedea <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Data (ZZ.LL.AAAA)

Semnătura reprezentantului legal

Informații importante: Pentru eventualitatea apariției unei reacții (leșin, alergii etc.), pentru siguranța copilului, vă recomandăm să rămâneți cu acesta încă 20 de minute după imunizare în apropierea medicului. Dacă suspectați apariția unor reacții adverse, adresați-vă medicului sau farmacistului dumneavoastră. Aceștia sunt obligați să raporteze reacțiile adverse suspectate. Raportarea reacțiilor adverse poate fi efectuată însă și de către dumneavoastră sau de aparținătorii dumneavoastră. Puteți găsi mai multe informații despre opțiunile de raportare online la <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> sau apelând numărul +43 (0) 50 555 36600.



Atenție: A se lăsa necompletat – A se completa numai de către cabinetul care efectuează imunizarea

Organizația/cabinetul care efectuează imunizarea

(Număr partener contractual, dacă există)*

Spațiu pentru observații ale cadrelor medicale

Greutatea corporală
a copilului

Doza administrată*

- Beyfortus 50mg soluție injectabilă
 Beyfortus 100mg soluție injectabilă

Număr lot (LOT sau denumirea lotului)*

Data administrării (ZZ.LL.AAAA)*

Numele medicului responsabil*

Numele persoanei care efectuează imunizarea (dacă diferă)

- Persoana care urmează să fie
imunizată nu este identificabilă
în mod clar.

Semnătura medicului responsabil