

## Lični podaci o osobi koja se vakciniše – Vaxzervia (AstraZeneca)

Verzija 4, stanje: 4. 8. 2021.

Prezime\*

Ime\*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 znamenki)\*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)\*

Pol:\*

ženski

muški

različit

inter

otvoreno

nema unosa

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

Telefonski broj

E-mail adresa

Ev. ime zakonskog zastupnika

## Molimo odgovorite na sljedeća pitanja

Označiti odgovarajuće

1. Da li ste 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. Da li ste bili oboljeli ili bolujete u zadnjih 7 dana od **akutne bolesti ili infekcije** (npr. povišena temperatura, kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)?

Da

Ne

Ako da, od čega?

3. Da li ste već nekada imali **alergijski šok sa padom krvnog pritiska, teškim disanjem ili kolaps?**

Da

Ne

Ako da, na šta?

4. Da li ste već dobili **vakcinu protiv COVID 19**, da li je u **zadnje 4 sedmice bilo drugih vakcinisanja**, ili se trenutno vrši **imunoterapija specifična za alergiju / hiposenzibilizacija?**

Da

Ne

Ako da, koja i kada?

5. Da li je u prošlosti **nakon vakcinisanja bilo tegoba ili nuspojava** (sa izuzetkom lakših lokalnih reakcija poput crvenila, otekline, bolova na mjestu uboda ili lagane temperature)?

Da

Ne

Ako da, nakon kojeg vakcinisanja i koje?

6. Da li ste **alergični na lijekove ili sastojke vakcine** (vidi uputstvo za korištenje)?

Da

Ne

Ako da, koje?

7. Da li redovno uzimate **lijekove koji prorjeđuju krv?**

Da

Ne

Ako da, koje?

8. Da li postoje **teška ili hronična oboljenja** (npr. imunodeficijencija, karcinom, autoimuno oboljenje, smetnja zgrušavanja krvi, hronične upalne bolesti,)?

Da

Ne

Ako da, koje?

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

Da

Ne

Ako da, koje?

10. Da li je planiran **operativni zahvat** ?

Da

Ne

Ako da, kada?

11. Da li ste **trudni?**

Da

Ne

Ako da, koja sedmica trudnoće?

## Izjava o saglasnosti – Vaxzevria (AstraZeneca)

Nakon vakcinisanja protiv COVID-19 često se javljaju reakcije na vakcinu koje se obično samostalno povuku nakon nekoliko dana. Na mjestu uboda mogu se vrlo često javiti osjetljivost na pritisak, bolovi, toplina, svrbež ili krvni podljev odnosno često crvenilo ili otekline. Osim toga, vrlo često može doći do osjećaja umora ili općeg neraspoloženja, groznice ili osjećaja temperature, glavobolje, bolova u mišićima ili zglobovima, mučnine odnosno često do povišene temperature, povraćanja ili proljeva kao i do niske razine trombocita u krvi. Vrlo često znači da je pogođeno više od 1 od 10 vakcinisanih osoba, odnosno često znači do 1 od 10 vakcinisanih osoba. Mogu se pojaviti teške alergijske reakcije. Kod iznemoglosti ili temperature treba izbjegavati intenzivne fizičke aktivnosti. U rijetkim slučajevima opažen je sindrom kapilarnog curenja nakon vakcinisanja. Vrlo rijetki krvni ugrušci, često na neuobičajenim mjestima (npr. mozak, crijeva, jetra, slezena), primijećeni su istodobno sa niskim nivoom trombocita, u nekim slučajevima zajedno sa krvarenjem, nakon vakcinisanja sa Vaxzevria-om. To uključuje neke teške slučajeve sa krvnim ugrušcima na različitim ili neobičnim mjestima i prekomjernim zgrušavanjem ili krvarenjem po cijelom tijelu. Većina tih slučajeva desili su se unutar prve tri sedmice nakon vakcinisanja i najčešće kod žena mlađih od 60 godina. Neki slučajevi imali su smrtni ishod. Odmah se obratite doktoru ako u roku od tri sedmice od vakcinisanja osjetite bilo koji od sljedećih simptoma:

- jaka ili trajna glavobolja ili zamagljen vid, zbunjenost ili napadi grčeva (napadi);
- Kratak dah, bolovi u prsima, oticanja nogu, bolovi u nogama ili trajna bol u truhu;
- Neobični krvni podljevi na koži ili tačkaste okrugle mrlje izvan mjesta vakcinisanja.

O detaljima pogledajte informacije o korištenju koje su dostupne u elektronskom obliku. Na zahtjev Vam se informacije o korištenju mogu dati na raspolaganje u papirnom obliku. Ako imate pitanja, obratite se svom doktoru.

Za pristup informacijama za korištenje vakcine Vaxzevria (AstraZeneca) protiv COVID-19 skenirajte QR kod (<https://www.basg.gv.at/konsumtinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



Svojim potpisom potvrđujem:

- da sam pročitao/la i razumio/la informacije o korištenju navedene vakcine ili mi je to dovoljno objašnjeno. Mogao/la sam se tamo informisati o mogućim nuspojavama i okolnostima koje su protiv mog vakcinisanja.
- da time dovoljno razumijem korist i rizik od vakcinisanja pa mi zato nije potreban daljnji lični razgovor,
- da sam saglasan/na sa provođenjem besplatnog vakcinisanja, i
- da sam informisan/na o tome da je obrada mojih ličnih podataka u registru vakcinisanja predviđena u skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



### Ako niste saglasni sa vakcinisanjem ili trebate dodatno objašnjenje od doktora

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

Datum (DD.MM.GGGG)

Potpis osobe koja se vakciniše ili zakonskog zastupnika



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

u blizini doktora 20 minuta nakon vakcinisanja radi vlastite sigurnosti. Ako primijetite nuspojave obratite se doktoru ili apotekaru. 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 pozovite 0800 555 621.



### Pažnja: Ostavite prazno – ispunjava služba za vakcinisanje

Služba za vakcinisanje/organizacija  
(broj ugovornog partnera, ako postoji)\*

Prostor za službene bilješke

Doza vakcine:\*  1. doza  2. doza  Lijeva nadlaktica  Desna nadlaktica  Priprema od treće strane

Broj šarže (LOT ili Ch.B)\*

Datum vakcinisanja (DD.MM.GGGG)\*

Ime odgovornog doktora\*

Ime osobe koja vrši vakcinisanje (ako se razlikuje)

Građanka/građanin  
ne može se jasno identifikovati

Potpis odgovornog doktora