

Osobni podaci o osobi koja se cijepi – Nuvaxovid (Novavax)

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

Označiti odgovarajuće

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

Da

Ne

Ako da, od čega?

3. Jeste li već nekada imali **alergijski šok s padom krvnog tlaka, teškim disanjem ili kolapsom**?

Da

Ne

Ako da, na što?

4. Jeste li već dobili **cjepivo protiv COVID 19**, je li u zadnja 4 tjedna bilo drugih cijepljenja, ili se trenutno provodi **imunoterapija specifična za alergiju / hiposenzibilizacija**?

Da

Ne

Ako da, koja i kada?

5. Je li u prošlosti **nakon cijepljenja bilo tegoba ili 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?

6. Jeste li **alergični na lijekove ili sastojke cjepiva** (vidi upute za uporabu)?

Da

Ne

Ako da, koje?

7. **Uzimate li redovito lijekove za razrjeđivanje krvi**?

Da

Ne

Ako da, koje?

8. Postoje li **teška ili kronična oboljenja** (npr. imunodeficijencija, karcinom, autoimuno oboljenje, smetnja zgrušavanja krvi, kronične upalne bolesti)?

Da

Ne

Ako da, koje?

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

Da

Ne

Ako da, koje?

10. **Je li planiran operativni zahvat**?

Da

Ne

Ako da, kada?

11. Jeste li **trudni**?

Da

Ne

Ako da, koji tjedan trudnoće?

Izjava o suglasnosti – Nuvaxovid (Novavax)

Verzija 1.2, stanje: 04.3.2022.

Nakon cijepljenja protiv COVID-19 često se javljaju reakcije na cjepivo koje se obično samostalno povuku nakon nekoliko dana. Na mjestu uboda mogu se vrlo često javiti osjetljivost na pritisak, bolovi odnosno često crvenilo ili otekline. Osim toga, vrlo često može doći do osjećaja umora ili opće slabosti, glavobolje, bolova u mišićima ili zglobovima, mučnine ili povraćanja odnosno često do povišene tjelesne temperature ili groznice. Vrlo često znači da je pogođeno više od 1 od 10 cijepljenih osoba, odnosno često znači do 1 od 10 cijepljenih osoba. Mogu se pojaviti teške alergijske reakcije. Nakon cijepljenja preporuča se tri dana bez tjelesnih fizičkih aktivnosti, kao i jednodnevni odmor od bavljenja sportom.

O detaljima pogledajte informacije o uporabi koje su dostupne u elektronskom obliku. Na upit Vam se informacije o uporabi mogu dati na raspolaganje u papirnom obliku. Ako imate pitanja, obratite se svom liječniku. Za pristup informacijama za uporabu cjepiva Nuvaxovid (Novavax) protiv COVID-19 skenirajte QR kod (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



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 besplatnog 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>).



Nuvaxovid je odobren za osobe starije od 18 godina za 1. i 2. dozu cjepiva kao homologna shema cijepljenja (= isto cjepivo za obje doze cjepiva). Primjene izvan ovoga još nisu dozvoljene.

Ako imate daljnja pitanja, obratite se prije potpisivanja ovog upitnika svom liječniku.

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 (maloljetnici od navršene 14. godine života) moraju samostalno pristati, ako su sposobni za odlučivanje.

Datum (TT.MM.GGGG)

Potpis osobe koja se cijepi ili zakonskog zastupnika

Važne informacije: U slučaju pojave reakcija (mučnina, kolaps, alergija itd.), ostanite u blizini 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 nuspojava 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 0800 555 621.



Pozor: Ostavite prazno – ispunjava služba za cijepljenje

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

1. cijepljenje 2. cijepljenje
 daljnje cijepljenje (off-label):

Broj šarže (LOT ili Ch.B)*

Ime odgovornog liječnika*

Građanka/građanin
ne može se jasno identificirati

Potpis odgovornog liječnika

Prostor za službene bilješke

- Lijeva nadlaktica Pripremila treća osoba
 Desna nadlaktica

Datum cijepljenja (TT.MM.GGGG)*

Ime osobe koja vrši cijepljenje (ako se razlikuje)