

Ispunite obvezna polja označena sa \* za registar cijepljenja.

### Osobni podaci o osobi kod koje će se provesti imunizacija (alternativa naljepnica pacijenta)

Prezime*	Ime*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broj socijalnog osiguranja (svih 10 znamenki, ako postoje)	Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spol*	<input type="radio"/> žensko <input type="radio"/> muško <input type="radio"/> različito <input type="radio"/> inter <input type="radio"/> otvoreno <input type="radio"/> nema unosa

### Osobni podaci zakonskog zastupnika

Prezime	Ime
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, stubište, broj vrata)	Telefonski broj
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa e-pošte	
<input type="text"/>	

### Molimo odgovorite na sljedeća pitanja za osobe kod kojih će se provesti imunizacija

Ako je osoba nad kojom će se provesti imunizacija preboljela bolest ili je primila imunizaciju odnosno cjepiva između ispunjavanja Izjave o suglasnosti i stvarnog termina cijepljenja, molimo da o tome obavijestite liječnicu ili liječnika prije imunizacije. Kod termina za imunizaciju treba predložiti sve bilješke o cijepljenju (npr. putovnica o cijepljenju, iskaznica o cijepljenju, kartica o cijepljenju) osobe nad kojom će se provesti imunizacija.

	Označiti odgovarajuće
<b>1.</b> Je li osoba nad kojom će se provesti imunizacija pati ili je bolovala u zadnjih 7 dana od <b>akutne bolesti ili infekcije</b> (npr. vrućica, kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)?	<input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Ne
Ako da, od čega?	<input type="text"/>
<b>2.</b> Je li osoba nad kojom će se provesti imunizacija <b>alergična na lijekove ili sastojke cjepiva</b> (vidi upute za uporabu)?	<input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Ne
Ako da, na koje?	<input type="text"/>
<b>3.</b> Je li osoba nad kojom će se provesti imunizacija već imala <b>alergijski šok s padom krvnog tlaka, teškim disanjem ili kolapsom</b> ?	<input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Ne
Ako da, na što?	<input type="text"/>
<b>4.</b> Postoje li ostale <b>medicinske informacije</b> o osobi nad kojom će se provesti imunizacija (npr. bolesti, cijepljenja, terapije, operacije itd.)?	<input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Ne
Ako da, koja i kada?	<input type="text"/>

Nakon imunizacije protiv RSV-a nastupaju često poznate reakcije koje se obično samostalno povuku tijekom nekoliko dana. Manje često ( $\geq 1/1000$ ,  $< 100$ ) se pojavljuje osip, vrućica i reakcije (npr. bol, otvrdnuće, oticanje) na mjestu injiciranja. Ozbiljne reakcije preosjetljivosti, uključujući anafilaksiju, primijećene su s monoklonskim protutijelima.

Odgovarajuća, aktualna i potpuna verzija uputa za uporabu lijeka 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 i lijekova 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>. Dodatne informacije i preporuke za cijepjenje koje vrijede za Austriju možete pronaći 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 obratite se medicinskoj službi/uredu za zdravstvo nadležnog okružnog upravnog zdravstvenog tijela te potpišete Izjavu o suglasnosti tek nakon obavljenog razgovora.

Svojim potpisom potvrđujem,

- da sam imao mogućnost dobiti osobno objašnjenje,
- da sam pročitao/la i razumio/la informacije o uporabi navedenog lijeka ili mi je to dovoljno objašnjeno. Mogao/la sam se tamo informirati o mogućim nuspojavama i okolnostima koje ne idu u prilog imunizacije.
- da time dovoljno razumijem korist i rizik imunizacije te mi stoga nije potreban (daljnji) liječnički razgovor.
- da sam suglasan/na s provedbom imunizacije.
- da sam informiran/na o tome da je obrada osobnih podataka u registru cijepjenja u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Datum (DD.MM.GGGG)

Potpis zakonskog zastupnika

**Važne informacije:** U slučaju pojave reakcija (kolaps, alergija itd.), ostanite zajedno s djetetom radi sigurnosti nakon imunizacije u blizini liječnika 20 minuta. Ako primijetite nuspojave obratite se svojem 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 +43 (0) 50 555 36600.



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

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

Prostor za službene bilješke

Tjelesna masa djeteta

Primijenjena doza\*

- Beyfortus 50 mg otopina za injekciju  
 Beyfortus 100 mg otopina za injekciju

Broj šarže (LOT ili Ch.B)\*

Datum primjene imunizacije (DD.MM.GGGG)\*

Ime odgovorne liječnice /  
odgovornog liječnika\*

Ime osobe nad kojom će se provesti imunizacija  
(ako se razlikuje)

- Osoba nad kojom će se provesti imunizacija ne može se jasno identificirati.

Potpis odgovornog liječnika