

Ispunite obavezna polja označena sa * za registar vakcinisanja.

Lični podaci o osobi koja se vakciniše (alternativno naljepnica pacijenta)

Prezime*

Ime*

Broj socijalnog osiguranja* (svih 10 znamenki, ako postoji)

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*

Pol* ženski muški različit inter otvoreno nema unosa

Lični podaci zakonskog zastupnika

Prezime

Ime

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

Telefonski broj

E-mail adresa

Molimo odgovorite na sljedeća pitanja za osobu koja će se vakcinisati

Ako je osoba nad kojom će se obaviti imunizacija preboljela bolest ili je primila imunizaciju odnosno vakcinu između ispunjavanja izjave o saglasnosti i stvarnog termina vakcinacije, informišite o tome doktoricu ili doktora prije imunizacije. Na termin za imunizaciju treba donijeti sve bilješke o vakcinisanju (se npr. pasoš o vakcinisanju, iskaznicu o vakcinisanju, karticu o vakcinisanju) osobe nad kojom će se obaviti imunizacija.

Označiti odgovarajuće

1. Da li je osoba nad kojom će se obaviti imunizacija bila u zadnjih 7 dana bolesna ili još uvijek boluje od **akutne bolesti ili infekcije** (npr. povišena temperatura, kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)? Da Ne
Ako da, od čega?

2. Da li osoba nad kojom će se obaviti imunizacija ima **alergiju na lijekove** ili **sastojke u vakcini** (pogledajte informacije za korištenje)? Da Ne
Ako da, koje?

3. Da li je osoba nad kojom će se obaviti imunizacija imala **alergijski šok sa padom krvnog pritiska, teškim disanjem ili kolaps**? Da Ne
Ako da, na šta?

4. Postoje li drugi **medicinski podaci** o osobi koja se vakciniše (npr. bolesti, vakcinacije, terapije, operacije itd.)? Da Ne
Ako da, koja i kada?

Nakon imunizacije protiv RSV-a mogu se pojaviti reakcije koje se obično samostalno povuku tokom nekoliko dana. Manje često ($\geq 1/1000$, < 100) se pojavljuje osip, povišena temperatura i reakcije (npr. bol, svrdnjanje, oticanje) na mjestu ubrizgavanja. Ozbiljne reakcije preosjetljivosti, uključujući anafilaksiju, primjećene su sa monoklonskim antitijelima.

Odgovarajuća, aktuelna i potpuna verzija informacija za korištenje lijeka je dio ovog informativnog i dokumentacijskog formulara i dostupna je u elektronskom obliku, na zahtjev i u printanom obliku. Informacije o korištenju vakcina i lijekova koje se nalaze 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 vakcinaciju koje vrijede za Austriju možete pronaći o na internetskoj stranici Saveznog ministarstva za socijalna pitanja, zdravlje, njegu i zaštitu potrošača pod: www.sozialministerium.at/impfen.



Ako imate dodatnih pitanja, prije potpisivanja ovog obrasca obratite se svojoj doktorici ili doktoru kroz lični razgovor.

Ako na licu mjesta ne postoji mogućnost za osobni razgovor sa doktoricom ili doktorom, molimo obratite se medicinskoj službi/uredu za zdravstvo nadležnog okružnog upravnog organa, te da Izjavu o saglasnosti potpišite tek nakon obavljenog razgovora.

Svojim potpisom potvrđujem,

- da sam imao mogućnost lično dobiti objašnjenje,
- da sam pročitao/la i razumio/la informacije o korištenju navedene lijeka ili mi je to dovoljno objašnjeno. Mogao/la sam se tamo informisati o mogućim nuspojavama i okolnostima koje su protiv imunizacije.
- da time dovoljno razumijem korist i rizik od imunizacije pa mi nije potreban (daljnji) razgovor sa liječnicom ili liječnikom.
- da sam saglasan/na sa provođenjem imunizacije.
- 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>).



Datum (DD.MM.GGGG) Potpis zakonskog zastupnika

Važne informacije: U slučaju pojave reakcija (kolaps, alergija itd.), ostanite sa svojim djetetom radi sigurnosti u blizini doktorice ili doktora 20 minuta nakon postupka imunizacije. Ako primijetite nuspojave obratite se doktorici/doktoru ili apotekarki/apotekaru. 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 pozovite +43(0) 50 555 36600.



Pažnja: Ostavite prazno – ispunjava služba koja provodi imunizaciju

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

Prostor za službene bilješke

Tjelesna masa djeteta

Primijenjena doza*

- Beyfortus 50 mg rastvor za injekcije
 Beyfortus 100 mg rastvor za injekcije

Broj šarže (LOT ili Ch.B)*

Datum primjene imunizacije (DD.MM.GGGG)*

Ime odgovorne doktorice /
odgovornog doktora*

Ime osobe koja vrši imunizaciju (ako se razlikuje)

- Osoba nad kojom će se obaviti imunizacija ne može se jasno identifikovati.

Potpis odgovornog doktora