

Osobni podaci o osobi koja se cijepi – Vaxzervia (AstraZeneca)

Verzija 4, stanje: 04.8.2021.

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 cijepjenja, ili se trenutno provodi **imunoterapija specifična za alergiju/hiposenzibilizacija**?

Da Ne

Ako da, koja i kada?

5. Je li u prošlosti **nakon cijepjenja 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 cijepjenja 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 **koji razrjeđuju 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 **kemo** i/ili **terapija zračenjem** ili uzimate 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 – Vaxzevria (AstraZeneca)

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, 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 vrućice, 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 cijepljenih osoba, odnosno često znači do 1 od 10 cijepljenih osoba. Mogu se pojaviti teške alergijske reakcije. Kod iznemoglosti ili vrućice treba izbjegavati snažne fizičke aktivnosti. U rijetkim slučajevima opažen je sindrom kapilarnog curenja nakon cijepljenja. Vrlo rijetki krvni ugrušci, često na neuobičajenim mjestima (npr. mozak, crijeva, jetra, slezena), primijećeni su istodobno s niskom razinom trombocita, u nekim slučajevima zajedno s krvarenjem, nakon cijepljenja s Vaxzevria-om. To uključuje neke teške slučajeve s krvnim ugrušcima na različitim ili neobičnim mjestima i prekomjernim zgrušavanjem ili krvarenjem po cijelom tijelu. Većina tih slučajeva dogodili su se unutar prva tri tjedna nakon cijepljenja i najčešće kod žena mlađih od 60 godina. Neki slučajevi imali su smrtan ishod. Odmah se obratite liječniku ako u roku od tri tjedna od cijepljenja osjetite bilo koji od sljedećih simptoma:

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

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 Vaxzevria (AstraZeneca) 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>).



Ako niste suglasni s cijepljenjem ili trebate dodatno objašnjenje od liječnika, nemojte potpisivati ovu Izjavu o suglasnosti.

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 (maloljetni 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 pozovite 0800 555 621.



Pozor: Ostavite prazno – ispunjava služba za cijepljenje

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

Prostor za službene bilješke

Doza cjepiva:* 1. doza 2. doza Lijeva nadlaktica Desna nadlaktica Pripremila treća osoba

Broj šarže (LOT ili Ch.B)*

Datum cijepljenja (TT.MM.GGGG)*

Ime odgovornog liječnika*

Ime osobe koja vrši cijepljenje (ako se razlikuje)

Građanka/građanin
ne može se jasno identificirati

Potpis odgovornog liječnika