

Aşı yapılacak kişiye ilişkin kişisel bilgiler – COVID-19 Vaccine Janssen

Versiyon 7, güncel tarih: 04.03.2022

Soyadı*

Adı*

Sosyal güvenlik numarası (10 karakter olarak)*

Doğum tarihi (GG.AA.YYYY)*

Cinsiyet:*

kadın

erkek

diğer

dahili

açık

bilgi yok

Adres (Posta kodu, şehir, sokak, bina numarası, kat, daire numarası)

Telefon numarası

E-posta adresi

Gerekirse yasal temsilcinin adı

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayın

İlgili olanı seçin

1. SARS-CoV-2 enfeksiyonu (PCR ile doğrulanmış), **COVID-19** (PCR ile doğrulanmış) geçirdiniz mi ya da **korona-virüse karşı antikor** (sadece nötralizasyon testi veya nötralizasyon testi ile korelasyon) geliştirdiniz mi?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, ne zaman olduğunu belirtin.

2. Son 7 gün içinde akut bir hastalık veya enfeksiyon (ör. ateş, öksürük, nezle, boğaz ağrısı, diğer) geçirdiniz mi?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, ne olduğunu belirtin.

3. Hiç tansiyon düşmesi, ağır nefes darlığı veya dolaşım rahatsızlığıyla birlikte görülen alerjik bir şok yaşadınız mı?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, ne tür bir alerji olduğunu belirtin.

4. COVID-19 aşısı ya da son 4 hafta içinde başka bir aşı oldunuz mu ya da **alerjen immünoterapisi/hiposensitizasyon tedavisi** uygulandı mı?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, ne zaman ve hangisi olduğunu belirtin.

5. Daha önce bir aşı olduktan sonra örneğin trombositopeni sendromuyla birlikte tromboz gibi **herhangi bir semptom veya yan etki** (kızarıklık, şişlik, aşı yerinde ağrı veya hafif ateş gibi hafif lokal reaksiyonlar hariç) yaşadınız mı?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, hangi aşı ve hangi etkiler olduğunu belirtin.

6. İlaçlara veya aşılarda etkin maddelerine karşı alerjiniz (bkz. kullanma talimatı) var mı?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, hangilerine karşı olduğunu belirtin.

7. Düzenli olarak kan sulandırıcı ilaçlar kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, hangi ilaçları olduğunu belirtin.

8. Ciddi veya kronik rahatsızlıklarınız (ör. immün yetmezliği, kanser, otoimmün hastalığı, kan pıhtılaşma bozukluğu, kronik inflamatuvar hastalıklar, kaçış sendromu) var mı?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, hangi hastalıklar olduğunu belirtin.

9. Halihazırda kemoterapi ve/veya ışın tedavisi alıyor musunuz veya **bağışıklığı zayıflatıcı ilaçlar** (ör. kortizon) kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, hangi tedavi/ilaç olduğunu belirtin.

10. Cerrahi bir operasyon geçirecek misiniz?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, ne zaman olduğunu belirtin.

11. Hamile misiniz?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, hamileliğin kaçınıcı haftası olduğunu belirtin.

COVID-19 Vaccine Janssen için bilgilendirilmiş onay formu

Versiyon 7, güncel tarih: 04.03.2022

COVID-19 aşısından sonra, genellikle aşı reaksiyonları meydana gelmekte, bunlar birkaç gün içerisinde kendiliğinden geçmektedir. Aşı yerinde çok sıkça ağrı veya sıkça kızarıklık ve şişme meydana gelebilmektedir. Buna ek olarak çok sıkça, çok kuvvetli yorgunluk hissi, bulantı, baş ağrısı ve kas ağrısı veya sıkça eklem ağrısı, öksürük, titreme ve ateş meydana gelebilmektedir. Çok sık ifadesi; aşı olan 10 kişiden en az 1'inde, sıkça ifadesi ise 10 kişiden en fazla 1'inde bu belirtilerin görüldüğü anlamına gelmektedir. Ağır alerjik reaksiyonlar meydana gelebilmektedir. Aşıdan sonra üç gün boyunca vücudun korunması ve bir hafta boyunca spor yapılmaması tavsiye edilmektedir. Çok seyrek olarak aşıdan sonra kaşı sendromu görülmüştür. COVID-19 Vaccine Janssen aşısından sonra çok seyrek olarak kan pıhtılaşması ve kanda düşük "trombosit" seviyesi (kan pıhtılaşmasına yardımcı olan hücreler) birlikte görülmüştür. Bunların içerisinde, bazı durumlarda kanamayla birlikte olağandışı yerlerde (ör. beyin, karaciğer, bağırsak, dalak) dahil olmak üzere ciddi kan pıhtılaşma durumları sayılabilir. Bu durumlar, aşıdan sonra ilk üç hafta içerisinde ve genellikle 60 yaş altı kadınlarda görülmektedir. Ölümle sonuçlanan bir durum da bildirilmiştir. Aşıdan sonra 3 hafta içerisinde aşağıda belirtilen semptomlardan biriyle karşılaşırsanız derhal tıbbi yardım alın:

- Şiddetli veya inatçı baş ağrısı, bulanık görme, değişken ruh hali veya nöbet durumları;
- Nefes darlığı, göğüste ağrı, bacadakta şişme, bacak ağrısı veya inatçı karın ağrısı durumları;
- Ciltte olağandışı morarma veya aşı yerinin dışında nokta şeklinde yuvarlak lekelerin görülmesi.

Detayları elektronik olarak sunulan kullanma talimatında bulabilirsiniz. Talep edilmesi durumunda kullanma talimatı kağıt formunda da verilebilmektedir. Diğer sorularınız için doktorunuza danışın. COVID-19 Vaccine Janssen aşısının kullanma talimatlarına erişmek için QR kodunu tarayın (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



İşbu belgeyi imzalayarak:

- Belirtilen aşı maddelerinin kullanma talimatlarını okuduğumu ve anladığımı veya bunların bana yeterli şekilde açıklandığını; Olacağına aşıya ilişkin olası yan etkiler ve durumlar hakkında bilgilendirildiğimi;
- Bunun sonucunda aşının faydalarını ve risklerini yeterli derecede anladığımı ve bu sebeple de başka bir özel görüşmeye ihtiyaç duymadığımı;
- Ücretsiz koruyucu aşının tarafıma uygulanmasını kabul ettiğimi ve
- Kişisel bilgilerimin 2012 Sağlık Telematiği Yasası uyarınca aşı kayıtlarında işleme alınacağı hakkında bilgilendirildiğimi beyan ederim (bkz. <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



COVID-19 Vaccine Janssen, 18 yaşından büyük kişiler için 1 doz olarak ve 1. doz COVID-19 Vaccine Janssen aşısından en az 2 ay sonra 2. doz uygulanmak üzere onaylanmıştır. 3. dozun uygulanması için aynı türde 2 adet 2 doz mRNA aşısından en az 6 ay geçmesi gerekir. Halihazırda belirtilenlerin dışında, onaylı herhangi bir uygulama bulunmamaktadır. **Başka sorularınız varsa bu formu imzalamadan önce lütfen doktorunuza danışın.** Reşit olmayanlarda (14 yaşından küçük çocuklar) veya karar verme yetisi bulunmayan kişiler için aşılama yapılacak kişinin yasal temsilcisinin (yasal vasi, yetişkin temsilcisi, yetkili temsilci) onayı alınmalıdır. Gençler (14 yaşından büyük, reşit olmayan kişiler), karar verme yetisine sahip oldukları takdirde kendileri onay vermelidir.

Tarih (GG.AA.YYYY)

Aşı yapılacak kişinin veya yasal temsilcisinin imzası

Önemli bilgiler: Olası reaksiyonlar (bulantı, bayılma, alerji vb.) meydana gelmesi durumunda, kendi güvenliğiniz için aşıdan sonra 20 dakika boyunca bir doktorun gözetimi altında kalın. Yan etki meydana gelmesi durumunda doktorunuza veya eczacınıza danışın. Bu kişilerin şüpheli yan etkileri bildirmeleri zorunludur. Ancak yan etkiler, sizin ya da yakınlarınız tarafından da bildirilebilmektedir. Bildirim seçeneklerine ilişkin diğer bilgileri <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/melde-wesen/nebenwirkungen> adresinden online olarak bulabilir veya 0800 555 621 numaralı telefonu arayabilirsiniz.



Dikkat: Lütfen boş bırakın - Aşılama yapan kurum tarafından doldurulacaktır

Aşı yeri/kurumu (mevcut ise sözleşme kurum numarası)*

1. aşı 2. aşı 3. aşı

Diğer aşı (ruhsatsız):

Seri numarası (LOT veya Ch.B)*

İlgili doktorun adı*

Vatandaş
açıkça tanımlanamayan

İlgili doktorun imzası

Doktor notları için alan

Üçüncü kişi tarafından hazırlandı

Sol üst kol Sağ üst kol

Aşılama tarihi (GG.AA.YYYY)*

Aşı olan kişinin adı (farklı olması durumunda)