

Date personale ale persoanei care urmează a fi vaccinată – vaccinuri ARNm anti-COVID-19

Nume de familie*

Prenume*

Versiunea 9, ediția: 30.08.2021

Număr de asigurare socială (toate cele 10 cifre)*

Data nașterii (ZZ.LL.AAAA)*

Sex:* feminin masculin divers

intersex nedeterminat nicio mențiune

Adresă (cod poștal, localitate, stradă, număr, scară, apartament)

Număr de telefon

Adresă de e-mail

După caz, numele reprezentantului legal

Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări

Selectați răspunsul
corespunzător

1. Ați suferit deja o **infecție cu SARS-CoV-2** (confirmată prin test PCR), cu **COVID-19** (confirmată prin test PCR) sau ați avut **anticorpi anti-coronavirus** (doar test de neutralizare sau rezultate corelate privind testul de neutralizare)? Dacă da, când?

Da Nu

2. Suferiți sau ați suferit în ultimele 7 zile de o **afecțiune sau o infecție acută**? (de exemplu, febră, tuse, strănut, dureri în gât, altele)?

Da Nu

Dacă da, de ce anume?

3. Ați manifestat vreodată un **șoc alergic cu scăderea tensiunii arteriale, dificultăți respiratorii severe sau leșin**? Dacă da, ce anume?

Da Nu

4. S-a efectuat în **ultimele 4 săptămâni o altă vaccinare** sau urmați în prezent o **imunoterapie alergen specifică/hiposensibilizare**?

Da Nu

Dacă da, care și când?

5. Ați primit deja un **vaccin anti-COVID-19**? Dacă da, când și ce vaccin?

Da Nu

Prima doză:

A doua doză:

6. Ați avut, în trecut, **probleme de sănătate sau reacții adverse ulterior unei vaccinări** (cu excepția reacțiilor locale ușoare, precum roșeață, umflare, dureri la locul introducerii acului sau febră ușoară)?

Da Nu

Dacă da, după ce vaccinare și ce probleme sau reacții?

7. Suferiți de **alergie la medicamente sau la ingredientele vaccinului** (a se vedea prospectul)?

Da Nu

Dacă da, la care?

8. Luați regulat **medicamente anticoagulante**?

Da Nu

Dacă da, ce medicamente?

9. Suferiți de **afecțiuni severe sau cronice** (de exemplu, imunodeficiență, cancer, boli autoimune, coagulopatie, boli inflamatorii cronice)?

Da Nu

Dacă da, ce afecțiuni?

10. Urmați în prezent **chimioterapie și/sau radioterapie** sau luați **imunosupresoare** (de ex., cortizon)?

Da Nu

Dacă da, care?

11. Aveți planificată o **intervenție chirurgicală**?

Da Nu

Dacă da, când?

12. Sunteți **însărcinată**?

Da Nu

Dacă da, în ce săptămână de sarcină?

Declarație de consimțământ – vaccinuri anti-COVID-19 ARNm

Versiunea 9, ediția: 30.08.2021

După vaccinarea împotriva COVID-19 apar deseori reacții la vaccinul anti-COVID-19 ARNm, care dispar, în general, de la sine în decurs de câteva zile. La locul vaccinării pot apărea foarte frecvent dureri sau inflamație, respectiv pot apărea frecvent roșeață și erupții cutanate. În plus, pot apărea foarte frecvent stare (foarte puternică) de oboseală, dureri de cap, dureri musculare, articulare, rigiditate articulară, inflamație în zona axilei, greață, vărsături, diaree, frisoane și febră, iar frecvent pot apărea erupții cutanate. Foarte frecvent înseamnă că sunt afectate mai mult de 1 din 10 persoane vaccinate, iar frecvent înseamnă că sunt afectate până la 1 din 10 persoane vaccinate. Pot apărea reacții alergice puternice. Au fost raportate foarte rar cazuri de miocardită și pericardită. În cazul apariției stării de fatigabilitate sau febrei, trebuie evitată activitatea fizică intensă. Pentru detalii, vă rugăm să consultați prospectul pus la dispoziție în format electronic. La solicitare, prospectul vă poate fi pus la dispoziție în format hârtie. Dacă aveți alte întrebări, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră. Pentru a consulta prospectul vaccinurilor anti-COVID-19 aprobate, vă rugăm să scanați codul QR (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



Prin semnătura mea, confirm:

- că am citit și am înțeles prospectul referitor la vaccinul menționat sau acesta mi-a fost explicat corespunzător. Din acest prospect m-am putut informa cu privire la posibilele reacții adverse și aspecte care sunt contraindicate vaccinării în ceea ce mă privește.
- că înțeleg în mod corespunzător beneficiile și riscurile vaccinării și că nu am nevoie de clarificări suplimentare,
- că sunt de acord cu efectuarea vaccinării gratuite și
- că am fost informat/ă cu privire la prelucrarea prevăzută a datelor mele cu caracter personal în Registrul de vaccinări conform Legii privind telematica în domeniul sănătății din 2012 (a se vedea <https://www.elga.gv.at/datenschutzzerklaerung>).



În prezent, folosirea vaccinurilor anti-COVID-19 ca a treia doză nu este aprobată. Datele disponibile sunt limitate și se cunosc puține despre natura și incidența reacțiilor adverse.

Dacă NU sunteți de acord cu vaccinul sau aveți nevoie de explicații suplimentare din partea unui medic, vă rugăm să NU semnați această declarație de consimțământ.

În cazul minorilor fără capacitate de exercițiu (copii cu vârsta sub 14 ani) sau al persoanelor fără capacitate de decizie, se va obține acordul reprezentantului legal (tutore, reprezentant al adultului sau persoană împuternicită cu îngrijirea) al persoanei urmează a fi vaccinată. Tinerii (minorii cu capacitate de exercițiu începând cu vârsta de 14 ani) trebuie să își exprime ei înșiși consimțământul, dacă au capacitate de decizie.

Data (ZZ.LL.AAAA) Semnătura persoanei care urmează să fie vaccinată sau a reprezentantului legal

Informații importante: Pentru eventualitatea apariției unei reacții (greață, leșin, alergie, etc.), vă rugăm să rămâneți, pentru siguranța dumneavoastră, încă 20 minute după vaccinare în apropierea medicului.

Dacă suspectați apariția unor reacții adverse, vă rugăm să vă adresați medicului sau farmacistului. Aceștia sunt obligați să raporteze presupusele reacții adverse. Sesizările privind reacțiile adverse pot fi efectuate însă și de către dumneavoastră sau aparținătorii dumneavoastră. Puteți găsi mai multe informații privind posibilitățile de raportare online pe pagina www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen sau ne puteți contacta la numărul 0800 555 621.



Atenție: A nu se completa – se va completa doar de către instituția de vaccinare

Instituția de vaccinare/Organizația (număr de partener contractual, dacă este cazul)*

Spațiu pentru observații ale cadrelor medicale

Vaccin convenit:*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty
 Moderna: Spikevax

Doză de vaccin:*

- Prima doză
 A doua doză
 Doză suplimentară (neaprobată):

Pregătire de către o terță parte

- Partea superioară a brațului stâng
 Partea superioară a brațului drept

Număr lot (LOT sau denumirea lotului)*

Data vaccinării (ZZ.LL.AAAA)*

Numele medicului responsabil*

Numele persoanei care efectuează vaccinarea (dacă diferă)

Cetățean

nu este identificabil în mod clar

Semnătura medicului responsabil