

Aşı yapılacak kişiye ilişkin kişisel bilgiler – Nuvaxovid (Novavax)

Versiyon 1.2, 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 immünoterapi/hiposensitizasyon tedavisi uygulandı mı?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, ne zaman ve hangisi olduğunu belirtin.

5. Geçmişte aşı olduktan sonra herhangi bir semptom veya yan etki yaşadınız mı (kızarıklık, şişme, aşı yerinde ağrı veya hafif ateş gibi hafif yerel reaksiyonlar hariç)?

Evet

Hayır

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

6. İlaçlara veya aşılardan 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 ilaçlar olduğunu belirtin.

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

Nuvaxovid (Novavax) için bilgilendirilmiş onay formu

Versiyon 1.2, güncel tarih: 04.03.2022

COVID-19 aşısından sonra, genellikle aşı reaksiyonları meydana gelmekte, bunlar birkaç gün içerisinde kendiliğinden geçmektedir. Aşı yerinde çok sıkça baskı hissi, ağrı veya sıkça kızarıklık veya şişme meydana gelebilmektedir. Buna ek olarak çok sık yorgunluk veya genel rahatsızlık hissi, baş ağrısı, kas veya eklem ağrısı, bulantı veya kusma veya sıkça ateş veya titreme 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.

Detayları elektronik olarak sunulan kullanma talimatında bulabilirsiniz. Talep edilmesi durumunda kullanma talimatı kağıt formunda da verilebilmektedir. Diğer sorularınız için doktorunuza danışın. Nuvaxovid (Novavax) COVID-19 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; Olacağım 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>).



Nuvaxovid'in, 18 yaş ve üzeri kişilerde homolog aşı şeması

(= her iki aşıda aynı aşı maddesi) olarak 1. ve 2. aşı şeklinde uygulanmasına onay verilmiştir. Halihazırda belirtilenlerin dışında, onaylı herhangi bir uygulama bulunmamaktadır.

Diğer 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 veya 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 güvenliğinizi 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/meldewesen/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

Diğer aşı (ruhsatsız):

Seri numarası (LOT veya Ch.B)*

İlgili doktorun adı*

Vatandaş
açıkça tanımlanamayan

İlgili doktorun imzası

Doktor notları için alan

Sol üst kol

Sağ üst kol

Üçüncü kişi tarafından
hazırlandı

Aşılama tarihi (GG.AA.YYYY)*

Aşı olan kişinin adı (farklı olması durumunda)