

Заповніть, будь ласка, відмічені * обов'язкові поля для реєстрації вакцинованих.

Особисті дані особи, яка підлягає імунізації (або наклейка пацієнта)

Прізвище*	Ім'я*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Номер соціального страхування* (всі 10 цифр, за наявності)	Дата народження (ДД.ММ.РРРР)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Стать* <input type="radio"/> жіноча <input type="radio"/> чоловіча <input type="radio"/> інша	<input type="radio"/> середнє <input type="radio"/> відкрите <input type="radio"/> відсутнє

Особисті дані законного представника

Прізвище	Ім'я
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Адреса (поштовий індекс, місто, вулиця, номер будинку, під'їзд, номер дверей)	Номер телефону
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Адреса електронної пошти	
<input type="text"/>	

Будь ласка, дайте відповідь на наступні запитання щодо особи, яка підлягає імунізації

Якщо особа, яка підлягає імунізації, перенесла хворобу або отримала щеплення чи вакцинацію в період між заповненням інформованої згоди та фактичною датою імунізації, будь ласка, повідомте про це лікаря перед щепленням. Усі документи про щеплення (наприклад, картка щеплень, картка профілактичних щеплень, картка вакцинації) особи, яка підлягає імунізації, повинні бути пред'явлені на прийомі у лікаря.

1. Чи хворіє або хворіла особа, яка підлягає імунізації, на **гостру хворобу або інфекцію протягом останніх 7 днів** (наприклад, лихоманка, кашель, застуда, біль у горлі, інше)? Вибрати вірний варіант

Так Ні

Якщо так, на що?

2. Чи є у особи, яка підлягає імунізації, **алергія на ліки** або **інгредієнти лікарського засобу** (див. інструкцію з медичного застосування)?

Так Ні

Якщо так, на які?

3. Чи виникав у особи, яка підлягає імунізації, коли-небудь **алергічний шок із падінням артеріального тиску, сильною задишкою або втратою свідомості**?

Так Ні

Якщо так, на що?

4. Чи є інша **медична інформація** про особу, яка підлягає імунізації (наприклад, хвороби, щеплення, терапії, операції тощо)?

Так Ні

Якщо так, яка та коли?

Інформована згода на пасивну імунізацію проти РСВ

Версія 1.0, станом на: 09.12.2024 р.

Після імунізації проти РСВ можуть виникати реакції, які зазвичай минають самостійно протягом декількох днів. Зрідка ($\geq 1/1000$, < 100) у місці ін'єкції виникають висип, лихоманка та реакції (наприклад, біль, ущільнення, набряк). Серйозні реакції гіперчутливості, включаючи анафілаксію, спостерігалися при застосуванні моноклональних антитіл.

Відповідна, актуальна та повна версія інструкції з медичного застосування лікарського засобу є частиною цього інформаційно-документаційного листа і має бути надана в електронному вигляді, а також у друкованому вигляді за запитом. Інструкції з медичного застосування вакцин та лікарських засобів, що надаються в рамках державних програм щеплень федерального уряду, федеральних земель та системи соціального страхування, доступні за посиланням: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>. Додаткову інформацію та рекомендації щодо щеплень, які діють в Австрії, можна знайти на сайті Федерального міністерства соціального забезпечення, охорони здоров'я, догляду та захисту прав споживачів за посиланням: www.sozialministerium.at/impfen.



Якщо у вас є додаткові запитання, будь ласка, зверніться до лікаря за особистою консультацією, перш ніж підписувати цей документ.

Якщо немає можливості особисто проконсультуватися з лікарем, просимо вас звернутися до медичної служби/відділу охорони здоров'я вашого компетентного районного адміністративного органу і підписати інформовану згоду тільки після проведення консультації.

Своїм підписом я підтверджую,

- що в мене була можливість отримати індивідуальну консультацію.
- що я прочитав(-ла) і зрозумів(-ла) інструкцію з медичного застосування вищезазначеного лікарського засобу або що мені її достатньо роз'яснили.
у мене була змога отримати інформацію про можливі побічні ефекти та обставини, які свідчать проти імунізації.
- що я достатньою мірою розумію переваги та ризики імунізації і не потребую (подальшої) медичної консультації.
- що я згоден(-на) на проведення імунізації.
- що я отримав(-ла) інформацію про те, що обробка персональних даних у реєстрі щеплень здійснюється відповідно до Закону про телематику у сфері охорони здоров'я від 2012 року (див. <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Дата (ДД.ММ.РРРР) Підпис законного представника

Важлива інформація: У разі виникнення будь-яких реакцій (непритомність, алергія тощо), будь ласка, зверніться до лікаря протягом 20 хвилин після щеплення з міркувань безпеки. Якщо ви підозрюєте побічні ефекти, зверніться до лікаря або фармацевта. Вони зобов'язані повідомляти про підозру побічних дій. Ви або ваші рідні також можете повідомити про побічні дії. Детальніше про реєстрацію можна дізнатися на сайті <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> або за телефоном +43 (0) 50 555 36600.



Увага! Будь ласка, не заповнюйте - Заповнюється лише органом, що здійснює імунізацію

Адміністративний орган / організація
(номер контрактного партнера, за наявності)*

Поле для медичних записів

Маса тіла дитини

Доза, що вводиться*

- Бейфортус 50 мг, розчин для ін'єкцій
 Бейфортус 100 мг, розчин для ін'єкцій

Номер партії (партія або код партії)*

Дата введення (ДД.ММ.РРРР)*

Прізвище, ім'я відповідального лікаря*

Прізвище, ім'я особи, що підлягає імунізації (якщо інше)

Особа, яка підлягає імунізації, не може бути чітко ідентифікована.

Підпис відповідального лікаря