

## Lični podaci o osobi koja se vakciniše – Nuvaxovid (Novavax)

Prezime\*

Ime\*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 znamenki)\*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)\*

Pol:\*  ženski  muški  različit  inter  otvoreno  nema unosa

Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, stubište, broj vrata)

Telefonski broj

E-mail adresa

Ev. ime zakonskog zastupnika

## Molimo odgovorite na sljedeća pitanja

Označiti odgovarajuće

1. Da li ste 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. Da li ste bili oboljeli ili bolujete u zadnjih 7 dana od **akutne bolesti ili infekcije** (npr. povišena temperatura, kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)?

Da  Ne

Ako da, od čega?

3. Da li ste već nekada imali **alergijski šok sa padom krvnog pritiska, teškim disanjem ili kolaps**?

Da  Ne

Ako da, na šta?

4. Da li ste već dobili **vakcinu protiv COVID 19**, da li je u **zadnje 4 sedmice bilo drugih vakcinisanja**, ili se trenutno vrši **imunoterapija specifična za alergiju / hiposenzibilizacija**?

Da  Ne

Ako da, koja i kada?

5. Da li je u prošlosti **nakon vakcinisanja bilo tegoba ili nuspojava** (sa izuzetkom lakših lokalnih reakcija poput crvenila, otekline, bolova na mjestu uboda ili lagane temperature)?

Da  Ne

Ako da, nakon kojeg vakcinisanja i koje?

6. Da li ste **alergični na lijekove ili sastojke vakcine** (vidi uputstvo za korištenje)?

Da  Ne

Ako da, koje?

7. **Da li redovno uzimate lijekove koji prorjeđuju krv?**

Da  Ne

Ako da, koje?

8. Da li postoje **teška ili hronična oboljenja** (npr. imunodeficijencija, karcinom, autoimuna bolest, smetnja zgrušavanja krvi, hronična upalna oboljenja)?

Da  Ne

Ako da, koje?

9. Da li se trenutno provodi **hemoterapija i/ili terapija zračenjem** ili uzimate **lijekove koji slabe imunitet** (npr. kortizon)?

Da  Ne

Ako da, koje?

10. **Da li je planiran operativni zahvat?**

Da  Ne

Ako da, kada?

11. Da li ste **trudni**?

Da  Ne

Ako da, koja sedmica trudnoće?

## Izjava o saglasnosti – Nuvaxovid (Novavax)

Verzija 1.2, stanje: 04.03.2022.

Nakon vakcinisanja protiv COVID-19 često se javljaju reakcije na vakcinu koje se obično samostalno povuku nakon nekoliko dana. Na mjestu uboda mogu se vrlo često javiti osjetljivost na pritisak, bolovi odnosno često crvenilo ili otekline. Osim toga, vrlo često može doći do osjećaja umora ili općeg neraspoloženja, glavobolje, bolova u mišićima ili zglobovima, mučnine ili povraćanja odnosno često do povišene temperature ili groznice. Vrlo često znači da je pogođeno više od 1 od 10 vakcinisanih osoba, odnosno često znači do 1 od 10 vakcinisanih osoba. Mogu se pojaviti teške alergijske reakcije. Nakon vakcinisanja preporučuje se fizički odmor u trajanju od tri dana, kao i jednonedeljni odmor od sporta.

O detaljima pogledajte informacije o korištenju koje su dostupne u elektronskom obliku. Na zahtjev Vam se informacije o korištenju mogu dati na raspolaganje u papirnom obliku. Ako imate pitanja, obratite se svom doktoru. Za pristup informacijama za korištenje vakcine Nuvaxovid (Novavax) 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 korištenju navedene vakcine ili mi je to dovoljno objašnjeno. Mogao/la sam se tamo informisati o mogućim nuspojavama i okolnostima koje su protiv mog vakcinisanja.
- da time dovoljno razumijem korist i rizik od vakcinisanja pa mi zato nije potreban daljnji lični razgovor,
- da sam saglasan/na sa provođenjem besplatnog vakcinisanja, i
- da sam informisan/na o tome da je obrada mojih ličnih podataka u registru vakcinisanja predviđena u skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Nuvaxovid je odobren za osobe starije od 18 godina za 1. i 2. dozu vakcine kao homolognu šemu vakcinacije (= ista vakcina za obe vakcinacije). Primjena vakcine mimo ovoga još nije dozvoljena.

**Ako imate dodatnih pitanja, obratite se svom doktoru prije potpisivanja ovog obrasca.**

Za maloljetne (djeca prije navršene 14. godine života) ili osobe koje nisu sposobne odlučivati potrebna je saglasnost zakonskog zastupnika (skrbnik, zastupnik odraslih ili opunomoćenik za skrb) osobe koja se vakciniše. Mladi (maloljetni od navršene 14. godine života) moraju samostalno pristati, ako su sposobni za odlučivanje.

Datum (DD.MM.GGGG)

Potpis osobe koja se vakciniše ili zakonskog zastupnika



**Važne informacije:** U slučaju pojave reakcija (mučnina, kolaps, alergija itd.), ostanite u blizini doktora 20 minuta nakon vakcinisanja radi vlastite sigurnosti. Ako primijetite nuspojave obratite se doktoru ili apotekaru. 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.



### Pažnja: Ostavite prazno – ispunjava služba za vakcinisanje

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

Prostor za službene bilješke

1. doza vakcine     2. doza vakcine

Lijeva nadlaktica     Priprema od treće strane

dodatna doza vakcine (off-label):

Desna nadlaktica

Broj šarže (LOT ili Ch.B)\*

Datum vakcinisanja (DD.MM.GGGG)\*

Ime odgovornog doktora\*

Ime osobe koja vrši vakcinisanje (ako se razlikuje)

Građanka/građanin  
ne može se jasno identifikovati

Potpis odgovornog doktora