

Date personale ale persoanei care urmează să fie vaccinată –

Denumirea vaccinului

Nume de familie*

Prenume*

Număr de asigurare socială (toate cele 10 cifre)*

Data nașterii (ZZ.LL.AAAA)*

Gen* 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 pentru persoana care urmează să fie vaccinată

Dacă persoana care urmează să fie vaccinată a suferit de vreo afecțiune sau a primit alte vaccinuri între momentul completării acestei declarații de consimțământ și momentul propriu-zis al vaccinării, vă rugăm să informați medicul de acest lucru înainte de vaccinare. La momentul vaccinării trebuie prezentate toate înregistrările privind vaccinările (pașaport de vaccinare, carnet de vaccinare, card de vaccinare) ale persoanei care urmează să fie vaccinată.

Selectați răspunsul corespunzător

1. Persoana care urmează să fie vaccinată suferă sau a 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?

2. Persoana care urmează să fie vaccinată suferă de alergie la medicamente sau la ingredientele vaccinului (a se vedea prospectul)?

Da Nu

Dacă da, la care?

3. Persoana care urmează să fie vaccinată a avut vreodată un șoc alergic cu scăderea tensiunii arteriale, dificultăți respiratorii severe sau leșin?

Da Nu

Dacă da, ce anume?

4. Persoana care urmează să fie vaccinată a fost vaccinată cu un alt vaccin în ultimele 4 săptămâni sau este supusă în prezent imunoterapiei/hiposensibilizării alergene specifice?

Da Nu

Dacă da, care și când?

5. Persoanei care urmează să fie vaccinată i s-au administrat în ultimele 3 luni sânge, produse din sânge sau imunoglobulină?

Da Nu

Dacă da, ce și când?

6. Persoana care urmează să fie vaccinată ia regulat medicamente anticoagulante?

Da Nu

Dacă da, ce anume?

7. Persoana care urmează să fie vaccinată este în prezent supusă chimioterapiei și/sau radioterapiei sau ia medicamente care slăbesc imunitatea (de exemplu, cortizon)?

Da Nu

Dacă da, ce anume?

8. În trecut, a avut persoana care urmează să fie vaccinată simptome sau reacții adverse după o vaccinare (cu excepția reacțiilor locale ușoare, cum ar fi roșeață, umflare, durere la locul injectării sau febră ușoară)?

Da Nu

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

9. Persoana care urmează să fie vaccinată suferă de afecțiuni severe sau cronice (de exemplu, imunodeficiență, cancer, boli autoimune, coagulopatie, boli inflamatorii cronice)?

Da Nu

Dacă da, ce anume?

10. Persoana care urmează să fie vaccinată a suferit de curând o intervenție chirurgicală sau are planificată o astfel de intervenție?

Da Nu

Dacă da, când?

11. Persoana care urmează să fie vaccinată este însărcinată?

Da Nu

Dacă da, în ce săptămână de sarcină?

Declarație de consimțământ pentru vaccinare

Versiunea 3, ediția: 17.07.2024

Versiunea corespunzătoare, actuală și completă a prospectului vaccinului este parte integrantă a acestei Fișe de informare și documentare și este pusă la dispoziție în format electronic și, la cerere, în format tipărit.

Prospectele vaccinurilor furnizate în programele de vaccinare publice federale, ale landurilor și de securitate socială sunt disponibile la adresa: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>



Utilizarea vaccinurilor în afara indicațiilor științifice autorizate este recomandată în unele cazuri de Consiliul Național de Vaccinare pentru a oferi cel mai bun tratament posibil, bazat pe dovezi, persoanelor care urmează să fie vaccinate. Utilizarea în afara indicațiilor științifice autorizate (off label) necesită precauții sporite și obligații speciale de informare.



Informații suplimentare și recomandările de vaccinare valabile pentru Austria pot fi găsite în broșura privind vaccinarea sau pe site-ul Ministerului Federal al Afacerilor Sociale, Sănătății, Îngrijirii și Protecției Consumatorului la: www.sozialministerium.at/impfen

Dacă aveți întrebări suplimentare, vă rugăm să contactați medicul dumneavoastră pentru o consultație personală înainte de a semna acest formular.

Dacă nu există posibilitatea unei consultații personale cu medicul care administrează vaccinul (de exemplu, în cazul vaccinărilor în cadrul școlii), vă rugăm să contactați serviciul medical/departamentul de sănătate al autorității administrative districtuale responsabile și să semnați declarația de consimțământ numai după ce consultația a avut loc.

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 să fie vaccinată. Tinerii (minorii cu capacitate de exercițiu începând cu vârsta de 14 ani) își pot da ei înșiși acordul dacă dispun de capacitatea de decizie.

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 și
- că am fost informat/ă cu privire la prelucrarea prevăzută a datelor mele cu caracter personal în Registrul de vaccinare conform Legii privind telematica în domeniul sănătății din 2012 (a se vedea <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



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 reacțiile adverse suspectate. Raportarea reacțiilor adverse poate fi efectuată însă și de către dumneavoastră sau aparținătorii dumneavoastră. Puteți găsi mai multe informații despre opțiunile de raportare online la <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> sau apelând numărul +43 (0) 50 555 36600.



Atenție: A se lăsa necompletat – A se completa numai de către cabinetul care efectuează vaccinarea

Organizația/cabinetul care efectuează vaccinarea

(Număr partener contractual, dacă există)*

Pregătire de către o terță parte

Utilizare off label

Partea superioară a brațului stâng

Partea superioară a brațului drept

Vaccinul administrat*

Număr lot (LOT sau denumirea lotului)*

Numele medicului responsabil*

Persoana care urmează să fie vaccinată nu este identificabilă în mod clar.

Semnătura medicului responsabil

Spațiu pentru observații ale cadrelor medicale

Data vaccinării (ZZ.LL.AAAA)*

Numele persoanei care efectuează vaccinarea (dacă diferă)