

Lični podaci o osobi koja se vakciniše – COVID-19 Vaccine Janssen

Verzija 4, stanje: 4. 8. 2021.

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. Dali postoje **teška ili hronična oboljenja** (npr. imunodeficijencija, karcinom, autoimuno oboljenje, smetnja zgrušavanja krvi, hronične upalne bolesti,)?

Da

Ne

Ako da, koje?

9. Da li se trenutno provodi **hemo 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 – COVID-19 Vaccine Janssen

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 bolovi odnosno često crvenilo i otekline. Osim toga, vrlo često može doći do osjećaja jakog umora, mučnine, glavobolje i bolova u mišićima odnosno često do bolova u zglobovima, kašlja, groznice i temperature. 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. Kod iznemoglosti ili temperature treba izbjegavati intenzivne fizičke aktivnosti. U rijetkim slučajevima opažen je sindrom kapilarnog curenja nakon vakcinisanja. Kombinacija krvnih ugrušaka i niskog nivoa „trombocita“ (ćelija koje pomažu u zgrušavanju krvi) u krvi vrlo su rijetko opaženi nakon vakcinisanja sa Vaccine Janssen protiv COVID-19. To uključuje teške slučajeve sa krvnim ugrušcima, među njima na neobičnim mjestima (npr. mozak, jetra, crijeva, slezena) u nekim slučajevima s krvarenjem. Ti su se slučajevi desili unutar prve tri sedmice nakon vakcinisanja i najčešće kod žena mlađih od 60 godina. Izviješteno je o jednom smrtnom ishodu. Potražite hitnu medicinsku pomoć ako u roku od 3 sedmice nakon vakcinisanja dobijete neki od sljedećih simptoma:

- Pojava jake ili trajne glavobolje, zamagljen vid, promjene raspoloženja ili grčevi;
- Razvoj nedostatka daha, bolovi u prsima, oticanja nogu, bolovi u nogama ili trajna bol u trbuhu;
- Utvrđivanje neobičnih krvnih podljeva na koži ili tačkastih okruglih mrlja izvan mjesta vakcinisanja.

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 odobrenih Vaccine Jansen 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.
- 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>).



Ako NISTE saglasni sa vakcinisanjem ili trebate dodatno objašnjenje od doktora, onda NE POTPISUJTE ovu Izjavu o saglasnosti. Za maloljetne (djeca prije navršene 14. godine života) ili osobe koje nisu sposobne odlučivati potrebna je saglasnost zakonskog zastupnika (skrbnik, zastupnik odraslih, 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

 Lijeva nadlaktica Desna nadlaktica Priprema od treće strane

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