


# Informativni i dokumentacijski obrazac za cijepljenje protiv korone

 Bundesministerium  
Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz

Ispunite obvezna polja označena sa \* za registar cijepljenja.

**Informativni, nemjerodavni prijevod! Ne ispunjavajte!**

## Osobni podaci o osobi koja se cijepi – COVID-19 mRNA cjepiva

Verzija 10, stanje: 21.10.2021.

Prezime*	Ime*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broj socijalnog osiguranja (svih 10 znamenki)*	Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spol:* <input type="radio"/> žensko <input type="radio"/> muško <input type="radio"/> različito	<input type="radio"/> inter <input type="radio"/> otvoreno <input type="radio"/> nema unosa
Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, stubište, broj vrata)	Telefonski broj
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa e-pošte	Even. ime zakonskog zastupnika
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Molimo odgovorite na sljedeća pitanja za osobe koje će se cijepi

Ako je osoba koja će se cijepiti preboljela bolest ili je primila neka druga cjepiva između ispunjavanja Izjave o suglasnosti i stvarnog termina cijepljenja, molimo da o tome obavijestite liječnika prije cijepljenja. Na cijepljenju treba predložiti sve bilješke o cijepljenju (iskaznica o cijepljenju, kartica o cijepljenju) osobe koja će se cijepiti.

1. Jeste li 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)? Označiti odgovarajuće  
 Da  Ne  
Ako da, kada?
2. Jeste li bili oboljeli ili bolujete u zadnjih 7 dana od **akutne bolesti ili infekcije** (npr. vrućica, kašalj, hunjavica, grlobolja, ostalo)?  Da  Ne  
Ako da, od čega?
3. Jeste li već nekada imali **alergijski šok s padom krvnog tlaka, teškim disanjem ili kolapsom**?  Da  Ne  
Ako da, na što?
4. Je li u **zadnja 4 tjedna bilo drugih cijepljenja**, ili se trenutno **provodi imunoterapija specifična za alergiju/hiposenzibilizacija**?  Da  Ne  
Ako da, koja i kada?
5. Jeste li već dobili **cjepivo protiv COVID-19**?  Da  Ne  
Ako da, kada i koje cjepivo?  
1. doza:  2. doza:
6. Je li u prošlosti **nakon cijepljenja bilo tegoba ili nuspojava** (s iznimkom lakših lokalnih reakcija poput crvenila, otekline, bolova na mjestu uboda ili lagane vrućice)?  Da  Ne  
Ako da, nakon kojeg cijepljenja i koje?
7. Jeste li **alergični na lijekove ili sastojke cjepiva** (vidi upute za uporabu)?  Da  Ne  
Ako da, koje?
8. Uzimate li redovito lijekove **za razrjeđivanje krvi**?  Da  Ne  
Ako da, koje?
9. Postoje li **teška ili kronična oboljenja** (npr. imunodeficijencija, karcinom, autoimuno oboljenje, smetnja zgrušavanja krvi, kronične upalne bolesti)?  Da  Ne  
Ako da, koje?
10. Provodi li se trenutno **kemoterapija i/ili terapija zračenjem** ili uzimate li lijekove **koji slabe imunitet** (npr. kortizon)?  Da  Ne  
Ako da, koje?
11. Je li planiran **operativni zahvat**?  Da  Ne  
Ako da, kada?
12. Jeste li **trudni**?  Da  Ne  
Ako da, koji tjedan trudnoće?

## Izjava o suglasnosti – mRNA cjepiva protiv COVID-19

Nakon cijepjenja protiv COVID-19 često se javljaju reakcije na mRNA cjepiva protiv COVID-19 koje se obično samostalno povuku nakon nekoliko dana. Na mjestu uboda vrlo često se mogu javiti bolovi ili oteklina odnosno često crvenilo te osip ili urtikarija. Osim toga, vrlo često može doći do (vrlo snažnog) umora, glavobolje, bolova u mišićima, bolova u zglobovima, ukočenosti zglobova, oticanja u pazuhu, mučnine, povraćanja, proljeva, groznice te vrućice odnosno često može doći do osipa na koži. Vrlo često znači da je pogođeno više od 1 od 10 cijepjenih osoba, odnosno često znači do 1 od 10 cijepjenih osoba. Mogu se pojaviti teške alergijske reakcije. Vrlo rijetko su prijavljeni miokarditis i perikarditis. Kod iznemoglosti ili vrućice treba izbjegavati snažne fizičke aktivnosti. O detaljima pogledajte informacije o uporabi koje su dostupne u elektronskom obliku. Na upit Vam se informacije o uporabi mogu dati na raspolaganje u papirnom obliku. Ako imate pitanja, obratite se svom liječniku. Za pristup informacijama za uporabu odobrenih cjepiva 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 uporabi navedenog cjepiva ili mi je to dovoljno objašnjeno. Mogao/la sam se tamo informirati o mogućim nuspojavama i okolnostima koje ne idu u prilog mom cijepljenju.
- da time dovoljno razumijem korist i rizik cijepjenja te mi stoga nije potreban daljnji osobni razgovor,
- da sam suglasan/na s provedbom besplatnog cijepjenja, i
- da sam informiran/na o tome da je obrada mojih osobnih podataka u registru cijepjenja u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).

Primjena cjepiva protiv COVID-19 u 3. dozi trenutno još nije djelomično odobrena. Podaci su još uvijek ograničeni te još nisu raspoložive sve informacije o vrsti i učestalosti nuspojava. To također važi i kod primjene mRNA cjepiva kao 2. doze nakon vektorskih cjepiva.

### Ako NISTE suglasni s cijepljenjem ili trebate dodatno objašnjenje od liječnika, NEMOJTE potpisivati ovu Izjavu o suglasnosti.

Ukoliko na licu mjesta ne postoji mogućnost razgovora s liječnikom koji vrši cijepjenje (npr. u slučaju **školskog cijepjenja**), obratite se medicinskoj službi/uredu za zdravstvo nadležnog okružnog upravnog tijela te potpišete Izjavu o suglasnosti tek nakon obavljenog razgovora.

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

Datum (DD.MM.GGGG) Potpis osobe koja se cijepi ili zakonskog zastupnika



**Važne informacije:** U slučaju pojave reakcija (mučnina, kolaps, alergija, itd.), ostanite u blizini liječnika 20 minuta nakon cijepjenja radi vlastite sigurnosti. Ako primijetite nuspojave obratite se liječniku ili ljekarniku. Oni su dužni prijaviti nuspojave na koje sumnjate. Prijavu nuspojava možete međutim učiniti Vi ili Vaša rodbina. Ostale informacije o mogućnostima prijave pogledajte na [www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen](http://www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen) ili pozovite 0800 555 621.

### Pozor: Ostavite prazno – ispunjava služba za cijepjenje

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

Prostor za službene bilješke

Primljeno cjepivo:\*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty  
 Moderna: Spikevax

Doza cjepiva:\*

1. doza  
 2. doza  
 3. doza  
 daljnje doze  
(off-label):

Pripremila treća osoba

- Lijeva nadlaktica  
 Desna nadlaktica

Broj šarže (LOT ili Ch.B)\*

Datum cijepjenja (TT.MM.GGGG)\*

Ime odgovornog liječnika\*

Ime osobe koja vrši cijepjenje (ako se razlikuje)

Građanka/građanin  
ne može se jasno identificirati

Potpis odgovornog liječnika