

Date personale ale persoanei care urmează a fi vaccinată – vaccinul COVID-19 Vaccine Janssen

Nume de familie*

Prenume*

Număr de asigurare socială (toate cele 10 cifre)*

Data nasterii (ZZ.LL.AAAA)*

Sex:* 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

Selectați răspunsul corespunzător

1. Ați suferit deja o **infecție cu SARS-CoV-2** (confirmată prin test PCR), cu **COVID-19** (confirmată prin test PCR) sau ați avut **anticorpi anti-coronavirus** (doar test de neutralizare sau rezultate corelate privind testul de neutralizare)? Da Nu

Dacă da, când?

2. Suferiți sau ați 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?

3. Ați manifestat vreodată un **șoc alergic cu scăderea tensiunii arteriale, dificultăți respiratorii severe sau leșin?** Da Nu

Dacă da, ce anume?

4. Ați primit deja un **vaccin împotriva COVID-19**, ați primit în **ultimele 4 săptămâni un alt vaccin** sau urmați în prezent o **imunoterapie alergen specifică/hiposensibilizare**? Da Nu

Dacă da, care și când?

5. Ați avut, în trecut, **probleme de sănătate sau reacții adverse ulterior unei vaccinări**, de exemplu, sindrom de tromboză asociat cu trombocitopenie (cu excepția reacțiilor locale ușoare, precum roșeață, umflare, dureri la locul introducerii acului sau febră ușoară)? Da Nu

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

6. Suferiți de **alergie la medicamente sau la ingredientele vaccinului** (a se vedea prospectul)? Da Nu

Dacă da, la care?

7. Luați regulat **medicamente anticoagulante**? Da Nu

Dacă da, ce medicamente?

8. Suferiți de **afecțiuni severe sau cronice** (de exemplu, imunodeficiență, cancer, boli autoimune, coagulopatie, boli inflamatorii cronice, sindrom de scurgere capilară)? Da Nu

Dacă da, ce afecțiuni?

9. Urmați în prezent **chimioterapie și/sau radioterapie** sau luați **imunosupresoare** (de ex., cortizon)? Da Nu

Dacă da, care?

10. Aveți planificată o **intervenție chirurgicală**? Da Nu

Dacă da, când?

11. Sunteți **însărcinată**? Da Nu

Dacă da, în ce săptămână de sarcină?

Declarație de consimțământ – COVID-19 Vaccine Janssen

Versiunea 7, ediția: 04.03.2022

După vaccinarea împotriva COVID-19 apar deseori reacții la vaccin, care dispar, în general, de la sine în decurs de câteva zile. La locul vaccinării pot apărea foarte frecvent dureri, respectiv pot apărea frecvent roșeață și inflamație. În plus, pot apărea foarte frecvent senzația puternică de oboseală, greață, dureri de cap și dureri musculare, respectiv pot apărea frecvent dureri articulare, tuse, frisoane și febră. Foarte frecvent înseamnă că sunt afectate mai mult de 1 din 10 persoane vaccinate, iar frecvent înseamnă că sunt afectate până la 1 din 10 persoane vaccinate. Pot apărea reacții alergice puternice. După vaccinare se recomandă odihnă timp de trei zile, precum și evitarea activităților sportive timp de o săptămână. În cazuri foarte rare s-a observat sindromul de scurgere capilară după vaccin. Combinația de cheaguri de sânge și un nivel scăzut de trombocite (celule care ajută la coagularea sângelui) în sânge a fost observată foarte rar după vaccinarea cu COVID-19 Vaccine Janssen. Aceasta include cazuri grave de cheaguri de sânge, dintre care unele cu localizări neobișnuite (de ex., creier, ficat, intestin, splină) în unele cazuri însoțite de hemoragii. Aceste cazuri au apărut în primele trei săptămâni de la vaccinare și în cele mai multe situații la femei cu vârsta mai mică de 60 ani. S-a raportat un deces. Solicitați urgent asistență medicală dacă aveți unul din următoarele simptome în termen de 3 săptămâni de la vaccinare:

- apariția unor dureri de cap puternice sau persistente, vedere încețoșată, modificarea stării emoționale convulsii;
- apariția senzației de lipsă de aer, dureri la nivelul toracelui, inflamația picioarelor, dureri la nivelul picioarelor sau dureri abdominale persistente;
- constatarea unor vânătăi neobișnuite la nivelul pielii sau a unor pete rotunde punctiforme în afara locului vaccinării.

Pentru detalii, vă rugăm să consultați prospectul pus la dispoziție în format electronic. La solicitare, prospectul vă poate fi pus la dispoziție în format tipărit. Dacă aveți alte întrebări, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră. Pentru a consulta prospectul COVID-19 Vaccine Janssen, vă rugăm să scanați codul QR (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



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



COVID-19 Vaccine Janssen este autorizat pentru persoane începând cu vârsta de 18 ani pentru prima vaccinare și pentru a doua vaccinare administrată la cel puțin 2 luni după prima vaccinare cu COVID-19 Vaccine Janssen. De asemenea, pentru a treia vaccinare administrată la cel puțin 6 luni după a doua vaccinare cu 2 vaccinuri similare de tip ARNm. Alte utilizări nu sunt autorizate în prezent. Dacă mai aveți întrebări, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră înainte de semnarea acestei fișe. 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 care urmează a fi vaccinată. Tinerii (minorii cu capacitate de exercițiu începând cu vârsta de 14 ani) trebuie să își exprime ei înșiși consimțământul, dacă au capacitate de decizie.

Data (ZZ.LL.AAAA)

Semnătura persoanei care urmează să fie vaccinată sau a reprezentantului legal

Informații importante: Pentru eventualitatea apariției unei reacții (greață, leșin, alergii 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. Sesizările privind reacțiile adverse pot fi efectuate însă și de către dumneavoastră sau aparținătorii dumneavoastră. Puteți găsi mai multe informații privind posibilitățile de raportare online pe pagina <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> sau ne puteți contacta la numărul 0800 555 621.

**Atenție: A nu se completa – se va completa doar de către instituția de vaccinare**

Instituția de vaccinare/Organizația (număr de partener contractual, dacă este cazul)*

Prima vaccinare A doua vaccinare A treia vaccinare

Vaccinare suplimentară (neaprobată):

Număr lot (LOT sau denumirea lotului)*

Numele medicului responsabil*

Cetățean neidentificabil în mod clar

Semnătura medicului responsabil

Spațiu pentru observații ale cadrelor medicale

Pregătire de către o terță parte

Partea superioară a brațului stâng

Partea superioară a brațului drept

Data vaccinării (ZZ.LL.AAAA)*

Numele persoanei care efectuează vaccinarea (dacă diferă)