

Lični podaci vakcinisane osobe – COVID-19 mRNA vakcina

Verzija 10, stanje: 21. oktobar 2021.

Prezime*	Ime*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broj socijalnog osiguranja (svih 10 cifara)*	Datum rođenja (DD.MM.GGGG)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rod:* <input type="radio"/> ženski <input type="radio"/> muški <input type="radio"/> fluidni	<input type="radio"/> interseksualni <input type="radio"/> otvoreni <input type="radio"/> bez izjašnjanja
Adresa (poštanski broj, mesto, ulica, broj kuće, sprat, broj stana)	Broj telefona
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail adresa	U slučaju potrebe ime zakonskog zastupnika
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Molimo odgovorite na dole navedena pitanja za osobu koja se vakciniše

Ukoliko je osoba koja treba da se vakciniše prebolela ili primila neku drugu vakcinu između popunjavanja izjave o saglasnosti i samog termina za vakcinaciju, molimo vas da o tome obavestite lekara pre vakcinacije. Prilikom termina za vakcinaciju osoba koja se vakciniše treba predočiti svu evidenciju o vakcinaciji (isprava vakcinacije, karton vakcinacije).

1. Da li ste već imali **SARS-CoV-2 infekciju** (potvrđenu PCR testom), **COVID-19** (potvrđen PCR testom) ili **antitela protiv korona virusa** (samo test neutralizacije ili korelat za test neutralizacije)? Pravilno izaberite
 Da Ne

Ako je odgovor Da, kada?

2. Da li ste u proteklih 7 dana **osećali slabost ili imali akutnu bolest ili infekciju** (npr. temperatura, (npr. kašalj, curenje nosa, upaljeno grlo, drugo)? Da Ne

Ako je odgovor Da, usled čega?

3. Da li ste ikada imali **alergijski šok sa padom krvnog pritiska, jakim otežanim disanjem ili kolapsom**? Da Ne

Ako je odgovor Da, na koji način?

4. Da li ste u **poslednje 4 nedelje** primili neku drugu vakcinu, ili da li se trenutno **sprovodi imunoterapija specifična za alergene/hiposenzibilizacija**? Da Ne

Ako je odgovor Da, koju i kada?

5. Da li ste već primili **vakcinu protiv COVID-19**? Ako je odgovor Da, kada i koju vakcinu? Da Ne

1. doza:

2. doza:

6. Da li ste u prošlosti imali **poteškoće ili neželjene efekte nakon vakcinacije**

(sa izuzetkom blage lokalne reakcije kao što je crvenilo, otok, bol na mestu uboda ili blaga temperatura)? Da Ne

Ako je odgovor Da, nakon koje vakcinacije i kako?

7. Da li postoji **alergija na lekove ili sastojke vakcine** (vidi informacije o upotrebi)? Da Ne

Ako je odgovor Da, koje?

8. Da li redovno uzimate **lekove za razređivanje krvi**? Da Ne

Ako je odgovor Da, koje?

9. Da li imate **teške ili hronične bolesti** (npr. imunodefijencija, rak, autoimuna bolest, poremećaj zgrušavanja krvi, hronične inflamatorne bolesti)? Da Ne

Ako je odgovor Da, koje?

10. Da li ste trenutno na **hemoterapiji** i/ili **terapiji zračenjem** ili uzimate **imunosupresivne lekove** (npr. kortizon)? Da Ne

Ako je odgovor Da, koje?

11. Da li vam je planiran **operativni zahvat**? Da Ne

Ako je odgovor Da, kada?

12. Da li ste u **drugom stanju**? Da Ne

Ako je odgovor Da, u kojoj ste nedelji trudnoće?

Izjava o saglasnosti – COVID-19 mRNA vakcina

Nakon vakcinacije protiv COVID-19, često se javljaju reakcije na COVID-19 mRNA vakcine koje se obično same povuku u roku od nekoliko dana. Vrlo često bol ili otok, ili često crvenilo, osip na koži ili osip na mestu vakcinacije. Osim toga, vrlo često dolazi do (veoma teškog) umora, glavobolje, bolova u mišićima, bolova u zglobovima, ukočenosti zglobova, otoka u pazuhu, mučnine, povraćanja, proliva, groznice kao i temperature, odn. često kožnog osipa. Vrlo često znači da je više od 1 od 10 osoba ili često znači da je do 1 od 10 osoba vakcinisano. Mogu se javiti teške alergijske reakcije. Miokarditis i perikarditis prijavljeni su veoma retko. Ako se osećate iscrpljeno ili imate temperaturu, treba izbegavati jaku fizičku aktivnost. Za detalje pogledajte priložena elektronska upozorenja sa informacijama o korišćenju. Informacije o upotrebi mogu vam biti dostupne u papirnom obliku na zahtev. Ako imate dodatnih pitanja, molimo obratite se svojoj lekarki ili svom lekaru. Skenirajte QR kod da biste pristupili uputstvima za upotrebu odobrenih vakcina protiv COVID-19 (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



Svojim potpisom potvrđujem:

- da sam pročitao i razumeo uputstva za upotrebu pomenute vakcine ili da mi je ovo dovoljno objašnjeno. Pri tome sam mogao da se informišem o mogućim neželjenim dejstvima i okolnostima koji govore protiv moje vakcinacije.
- da sam dovoljno razumeo korist i rizik od vakcinacije i da mi zato nije potreban dalji lični razgovor,
- da sam saglasan sa sprovođenjem besplatne vakcinacije, i
- da sam obavešten da je obrada mojih ličnih podataka planirana u registru vakcinacije u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj telematici 2012 (vidi <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Primena vakcina protiv COVID-19 kao 3. doze trenutno delomično nije odobreno. Podaci su još uvek ograničeni i još uvek nisu dostupne sve informacije o vrsti i učestalosti neželjenih efekata. Ovo se odnosi na upotrebu mRNA vakcina kao 2. doze nakon vektorskih vakcina.

Ako se NE slažete sa vakcinacijom ili ako vam trebaju dodatne informacije od lekarke ili lekara, molimo NE potpisujte ovu izjavu o saglasnosti.

Ukoliko ne postoji mogućnost razgovora sa lekarom koji obavlja vakcinaciju na licu mesta (npr. u slučaju **školske vakcinacije**, molimo Vas da kontaktirate medicinsku/zdravstvenu službu vašeg nadležnog lokalnog organa uprave i da potpišete izjavu o saglasnosti tek nakon što se obavili razgovor.

U slučaju mlađih maloletnika (deca mlađa od 14 godina) ili osoba nesposobnih za odlučivanje, mora se dobiti saglasnost zakonskog zastupnika (zakonskog staratelja, punoletnog zastupnika ili ovlašćenog zastupnika) lica koje se vakciniše. Mladi (zreli maloletnici od 14 godina) moraju sami dati dati svoj pristanak ako imaju sposobnost donošenja odluka.

Datum (DD.MM.GGGG) Potpis lica koje se vakciniše ili zakonskog zastupnika

--	--

Važne informacije: Za slučaj bilo kakvih mogućih reakcija (mučnina, nesvestica, alergija itd.), molimo vas da radi vaše bezbednosti ostanete u blizini lekara ili lekarke 20 minuta nakon vakcinacije. Ako sumnjate na neželjene efekte, razgovarajte sa svojom lekarkom ili lekarom ili apotekarkom ili apotekarom. Oni su dužni da prijave sumnjive neželjene efekte. Vi ili vaša rodbina takođe možete prijaviti neželjene efekte. Dodatne informacije o mogućnostima izveštavanja možete pronaći na adresi www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen ili kontaktirajte 0800 555 621.



Pažnja: Ostavite prazno – Popunjavanje samo služba za vakcinaciju

Služba/organizacija za vakcinaciju
(broj ugovornog partnera, ako je dostupan)*

Prostor za medicinske beleške

Odobrena vakcina:*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty
 Moderna: Spikevax

Doza vakcine:*

1. doza
 2. doza
 3. doza
 dalja doza
(off-label):

Priprema treće strane

- Leva nadlaktica
 Desna nadlaktica

Broj serije (LOT ili Ch.B)*

Datum vakcinacije (DD.MM.GGGG)*

Ime odgovorne lekarke/odgovornog lekara*

Ime vakcinisane osobe (ako se razlikuje)

Građanka/građanin
nije jasno identifikovan

Potpis odgovorne lekarke/odgovornog lekara