

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

Verzija 9, stanje: 30. 8. 2021.

Prezime\*

Ime\*

Broj socijalnog osiguranja (svih 10 znamenki)\*

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)\*

Spol:\*  žensko  muško  različito

inter  otvoreno  nema unosa

Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, stubište, broj vrata)

Telefonski broj

Adresa e-pošte

Even. ime zakonskog zastupnika

## Molimo odgovorite na sljedeća pitanja

Označiti odgovarajuće

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)?

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 cijepjenja**, 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**?

Ako da, kada i koje cjepivo?

Da  Ne

1. doza:

2. doza:

6. Je li u prošlosti **nakon cijepjenja 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 cijepjenja 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 cijepljenja 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 otekline 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 cijepljenih osoba, odnosno često znači do 1 od 10 cijepljenih 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 papirnatom 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 cijepljenja te mi stoga nije potreban daljnji osobni razgovor,
- da sam suglasan/na s provedbom besplatnog cijepljenja, i
- da sam informiran/na o tome da je obrada mojih osobnih podataka u registru cijepljenja 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 nije odobrena. Podaci su još uvijek ograničeni, a malo se zna o vrsti i učestalosti nuspojava.

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

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 cijepljenja 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 cijepljenje

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

Prostor za službene bilješke

Primljeno cjepivo:\*

- BioNTech/Pfizer: Comirnaty  
 Moderna: Spikevax

Doza cjepiva:\*

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

Pripremila treća osoba

- Lijeva nadlaktica  
 Desna nadlaktica

Broj šarže (LOT ili Ch.B)\*

Datum cijepljenja (TT.MM.GGGG)\*

Ime odgovornog liječnika\*

Ime osobe koja vrši cijepljenje (ako se razlikuje)

Građanka/gradžanin  
ne može se jasno identificirati

Potpis odgovornog liječnika