

Особисті дані вакцинованої особи – NuvaXovid (Novavax)

Прізвище*

Ім'я*

Номер соціального страхування (усі 10 цифр)*

Дата народження (ДД.ММ.РРРР)*

Стать:*

жіноча

чоловіча

різна

інтерсексуал

не визначена

без запису

Адреса (поштовий індекс, населений пункт, вулиця, номер будинку, під'їзд, номер квартири)

Номер телефону

Адреса електронної пошти

За необх. ім'я законного представника

Будь ласка, дайте відповіді на наступні питання

Вибрати вірний варіант

1. Ви вже мали інфекцію SARS-CoV-2 (підтверджену тестом ПЦР), COVID-19 (підтверджений тестом ПЦР) або антитіла до коронавірусу (тільки тест нейтралізації або корелят до тесту нейтралізації)?

Так

Ні

Якщо так, коли?

2. Ви страждаєте або страждали протягом останніх 7 днів на гостре захворювання або інфекцію (наприклад, лихоманка, кашель, нежить, біль у горлі та інше)?

Так

Ні

Якщо так, на що?

3. Чи мали Ви колись алергічний шок зі спадом кров'яного тиску, сильною задишкою або непритомним станом?

Так

Ні

Якщо так, на що?

4. Чи отримали Ви вже вакцину проти COVID-19, або іншу вакцину протягом останніх 4 тижнів, чи проводиться зараз алерген-специфічна імунотерапія / гіпосенсибілізація?

Так

Ні

Якщо так, яка та коли?

5. Чи траплялися у минулому скарги або побічні дії після вакцинації (за винятком легких місцевих реакцій, таких як почервоніння, набряк, біль у місці уколу або незначне підвищення температури)?

Так

Ні

Якщо так, після якої вакцинації та які?

6. Чи є у Вас алергія на медикаменти або компоненти вакцини (див. інструкцію з використання)?

Так

Ні

Якщо так, яка?

7. Чи приймаєте Ви регулярно препарати для розрідження крові?

Так

Ні

Якщо так, які?

8. Чи є у Вас тяжкі або хронічні захворювання (наприклад, імунodefіцит, онкологічні хвороби, аутоімунні захворювання, порушення згортання крові, хронічні запальні хвороби)?

Так

Ні

Якщо так, які?

9. Чи проводиться зараз хіміотерапія та/або променева терапія або чи приймаєте Ви медикаменти, що придушують імунітет (наприклад, Кортізон)?

Так

Ні

Якщо так, які?

10. Чи планується операційне втручання?

Так

Ні

Якщо так, коли?

11. Ви вагітні?

Так

Ні

Якщо так, на якому тижні?

Інформована згода – Nuvaxovid (Novavax)

Версія 1.2, стан: 04.03.2022

Після вакцинації проти COVID-19 часто трапляються реакції на вакцину, які зазвичай проходять самі собою протягом кількох днів. На місці уколу дуже часто можуть виникати болі, часто виникає почервоніння та набряк. Крім того дуже часто може виникати сильне відчуття втоми або загальне нездужання, головний біль, біль у м'язах або в суглобах, кашель, нудота або блювота, часто лихоманка та озноб. Дуже часто означає, що симптоми зустрічаються у більше 1 з 10 вакцинованих осіб, часто — до 1 з 10 осіб. Можуть виникати сильні алергічні реакції. Після вакцинації рекомендується фізичний спокій протягом трьох днів, а також утримання від спорту протягом тижня.

Детальну інформацію можна знайти в електронній інструкції з використання. За запитом Ви можете отримати інструкцію з експлуатації в паперовій формі. Якщо у Вас виникнуть додаткові запитання, зверніться до свого лікаря. Щоб ознайомитися з інструкцією з експлуатації вакцини Nuvaxovid (Novavax) проти COVID-19, відскануйте QR-код (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



Своїм підписом я підтверджую:

- що прочитав/прочитала та зрозумів/зрозуміла інструкцію з експлуатації вказаної вакцини або отримав/отримала достатні роз'яснення. Я дізнався/дізналася про можливі побічні дії та обставини, за яких не можна робити щеплення.
- що я добре розумію користь та ризики вакцинації, тому не потребую додаткової особистої бесіди,
- що я згоден/згодна на проведення безкоштовної профілактичної вакцинації та
- що я проінформований/проінформована про те, що обробка моїх персональних даних у реєстрі вакцинованих передбачається за Законом про телематику в сфері охорони здоров'я 2012 р. (див. <https://www.elga.gv.at/datenschutzklarung>).



Вакцина Nuvaxovid дозволена для осіб старше 18 років для 1-ої та 2-ої вакцинації як гомологічна схема вакцинації

(= однакова вакцина для двох щеплень). Інші види використання на даний час не дозволяються.

Якщо у Вас залишилися запитання, перед підписанням цього бланку зверніться до свого лікаря.

Для неповнолітніх (дітей віком до 14 років) або недієздатних осіб необхідна згода законного представника (батьків або опікунів, дорослих представників, уповноважених на представництво пацієнтів) вакцинованої особи. Підлітки (неповнолітні старше 14 років) мають самостійно давати згоду, якщо здатні приймати рішення.

Дата (ДД.ММ.РРРР)

Підпис вакцинованої особи або законного представника

Важлива інформація: У випадку можливого виникнення реакцій (нудота, непритомний стан, алергія та ін.) для власної безпеки протягом 20 хвилин після вакцинації залишайтеся поблизу лікаря. Якщо Ви підозрюєте у себе побічні дії, зверніться до свого лікаря або фармацевта. Вони зобов'язані повідомляти про підозру побічних дій. Ви або Ваші рідні також можете повідомити про побічні дії. Інформацію про варіанти повідомлення можна знайти на сайті <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> або отримати по телефону 0800 555 621.

**Увага: Не заповнювати – Заповнюється тільки пунктом вакцинації**

Пункт вакцинації/Організація (номер контрагента, за наявності)*



1-а вакцинація



2-а вакцинація



Інша вакцинація (поза показаннями):

Номер партії (партія або код партії)*

Місце для приміток лікаря



Ліве плече



Підготовка третіми особами



Праве плече

Дата вакцинації (ДД.ММ.РРРР)*

Ім'я відповідального лікаря*

Ім'я вакцинованої особи (якщо відрізняється)

Громадянка / громадянин
однозначно не визначається

Підпис відповідального лікаря