

САГЛАСНОСТ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ПРЕПОРУЧЕНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ (попуњава пацијент)



ИНСТИТУТ ЗА
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„Др Милан Јовановић Батут“

Држављанство 1) Република Србија | ЈМБГ _____

2) _____ | _____
(назив страног држављанства) (бр. пасоша или ЕБС за стране држављане)

Презиме _____ | Име _____ | Име родитеља _____

Пол: М, Ж | Датум рођења _____ | Место рођења _____

Адреса (улица и број) _____ | Место/Насеље _____

Општина/Град _____ | Тел. фиксни _____

Тел. мобилни _____ | имејл _____

Радни статус: запослен, незапослен, пензионер, ученик, студент, дете

Занимање запосленог: здравствена заштита, социјална заштита, просвета, МУП, Војска РС, друго

Корисник установе соц. зашт. ДА, НЕ | Назив и општина седишта _____

Изјављујем да: САГЛАСАН САМ, НИСАМ САГЛАСАН (означити) са спровођењем активне/пасивне имунизације (уписати назив имунолошког лека): _____

Лекар ми је објаснио предности и ризике од спровођења активне/пасивне имунизације наведеним имунолошким леком. ДА

Потпис пацијента или законског заступника пацијента

Датум:

ЕВИДЕНЦИЈА О ВАКЦИНАЦИЈИ ПРОТИВ COVID-19 (попуњава здравствени радник)

Здравствена установа _____ Вакцинацијски пункт _____

Име, презиме, факсимил и бр. телефона лекара: _____

Пре давања вакцине прегледати особу и упознати је са користима и о могућим нежељеним реакцијама после вакцинације. Обавезно уписати сваку дату вакцину и све тражене податке у овај образац и податке унети у лични картон о извршеним имунизацијама и здравствени картон.

Назив вакцине	Датум давања вакцине (V1 i V2)	Начин давања вакцине	Екстремитет	Серија вакцине (лот)	Произвођач	Нежељена реакција	Потпис лекара
		ИМ	1) ДР, 2) ЛР				
		ИМ	1) ДР, 2) ЛР				

Привремене контраиндикације (датум утврђивања и дијагноза): _____

Одлука комисије за трајне контраиндикације (ако постоји, уписати Да)

Напомена: Образац се чува као део медицинске документације пацијента.