

Izjava suglasnosti za cijepljenje s

Celvapan®-om

Cjepivo je cjepivo tipa inaktivirani cijeli virus, koje sadrži antigen pandemijskog patogenog soja A/California/07/2009 (H1N1)* i koje je uzgajano na Vero stanicama.

	Kod cijepljenja odraslih	Kod cijepljenja djece
Da li ste Vi/Vaše dijete već jednom nakon cijepljenja imali zdravstvene poteškoće ili neželjene učinke?	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Da li Vi/Vaše dijete trenutno imate ili ste tijekom posljednje 2 sedmice imali vrućicu? Da li Vi/Vaše dijete trenutno bolujete od kašlja, hunjavice, bolova u grlu? Postoji li trenutno neka druga infekcija?	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Bolujete li Vi/Vaše dijete od neke alergije? Ako bolujete, od koje?	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Postoji li kod Vas/Vašeg djeteta urođena ili naknadno dobijena imunološka bolest? (Da li Vi/Vaše dijete uzimate lijekove koji utječu na imunološki sustav, napr. kortizon? Da li Vi/Vaše dijete idete na kemoterapiju ili na terapiju zračenjem?)	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Da li Vi/Vaše dijete bolujete od neke teške ili kronične bolesti i/ili baš idete na neku opsežnu terapiju ili ste ranije bili na takvoj terapiji?	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Da li Vi/Vaše dijete uzimate neki lijek za razređivanje krvi? Ako uzimate, koji je to lijek?	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Da li Vi/Vaše dijete bolujete od kronične upale mozga ili kičmene moždine? Da li ste Vi/Vaše dijete imali epileptične napade?	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Da li ste trudna?	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>

Za slučaj da bi se eventualno pojavile reakcije (mučnina, kolaps, alergija) Vas molimo, da u cilju Vaše sopstvene sigurnosti nakon cijepljenja ostanete još 20 minuta u blizini liječnika.

Upozorenje:

Zaštitno cijepljenje protiv Nove influence ne predstavlja zaštitu od „sezonske influence“, koju izazivaju drugi virusi influence.

Molim okrenite list

Time potvrđujem, da sam pozorno pročitao/la taj Informacioni list te da sam primio/la k znanju sadržaj. Ovdje sam upućen/a o eventualnim neželjenim učincima cijepljenja, i ja sam te informacije razumio/razumjela. Imao/la sam priliku o otvorenim pitanjima porazgovarati s jednim liječnikom, te u svezi s tim više nemam nikakvih pitanja.

Ja sam suglasan/na s tim da se izvrši cijepljenje

da ne

Ja sam suglasan/na s tim da moje dijete bude cijepljeno

da ne

Osoba koja se cijepi popunjava velikim slovima

Prezime: _____

Ime: _____

Datum rođenja: _____

Broj socijalnog osiguranja: _____

Nosilac socijalnog osiguranja: _____

Datum i potpis osobe koja se cijepi ili roditelja/staratelja:

Ime mjesta cijepljenja

Taj upitnik služi kao dopuna razgovoru koji vodi liječnik, ali ga ne može zamijeniti. Osobi koja se cijepi dao sam priliku samnom obaviti osobni razgovor.

Potpis i pečat liječnika:

Naljepnica šarže

Datum _____

POPUNJAVA LIJEČNIK