

Ime in priimek prejemnika cepiva:

ZZZS številka ali datum rojstva:

(lahko nalepka ZD Brežice)

PRIVOLITEV ZA CEPLJENJE PROTI COVID-19

Na podlagi prejetih ustnih pojasnil ob cepljenju, ustnih odgovorov na morebitna dodatna vprašanja in informacij o cepljenju na spletni strani NIJZ,* ki se nanašajo na izvedbo, koristi in tveganja ter morebitne negativne posledice v zvezi s cepljenjem proti COVID-19

PRIVOLIM

NE PRIVOLIM

(ustrezno obkrožite)

Privolitev dajem svobodno. Razumem pojasnila ter pomen in posledice privolitve.

Datum:

Podpis prejemnika cepiva ali zakonitega

zastopnika (navesti tudi ime in priimek zastopnika ter razmerje do prejemnika):

.....

.....

.....

Podatki o cepivu in cepljenju:

Podpis cepitelja in žig ZD Brežice:

* Informativno gradivo: »Cepljenje proti COVID-19 - za splošno javnost« (www.nijz.si)

Priloga: VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU PRED IZVEDBO CEPLJENJA proti COVID-19

Ime in priimek prejemnika cepiva: _____

Rojstni datum (če relevantno): _____ (dan) _____ (mesec) _____ (leto)

Spoštovani, vljudno Vas prosimo, da izpolnite vprašalnik o vašem zdravstvenem stanju, ki je pomembno za varno izvedbo cepljenja. Vprašalnik je del privolitve.

	DA	NE
1. Ali menite, da ste trenutno zdravi?		
2. Ali ste v zadnjih treh mesecih preboleli COVID-19? Če DA, kdaj vam je ugotovljen?		
3. Ali imate kakšno kronično bolezen? Če DA, obkrožite katero (astma, KOPB, arterijska hipertenzija, obolenja srca, revmatoidni artritis, rak, levkemija, epilepsija, obolenje kože, ulcerozni kolitis, Chronova bolezen, sladkorna bolezen, drugo).		
4. Ali ste v zadnjih treh mesecih prejeli večje odmerke kortikosteroidov, zdravil proti raku ali imeli obsevanje? Če DA, kaj ste prejeli?		
5. Ali imate alergijo na jajca?		
6. Ali imate alergijo na zdravila? Če DA, na katero zdravilo?		
7. Ali ste imeli kdaj anafilaktično reakcijo po cepljenju?		
8. Ali imate zdravila proti morebitni anafilaktični reakciji?		
9. Ali imate alergijo na polietilen glikol (PEG)?		
10. Ali jemljete imunosupresivna zdravila? Če DA, katera?		

Cepljenje proti COVID-19 je odsvetovano nosečnicam, doječim materam, prebivalcem, starosti pod 16 let.

Izpolnil/a :

(podpis prejemnika ali ime in priimek ter podpis zdravstvenega delavca)

Pregledal/a:

Datum: