

IZJAVA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE (2)

Ime in priimek:.....

Datum in kraj rojstva:.....

ZZZS številka:.....

Strinjam se z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ (3).

Cepil/a se bom proti:.....

Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta pisna pojasnila, ki sem jih prejel in prebral. V primeru nejasnosti sem poklical osebnega zdravnika in se z njemu posvetoval.

Kraj in datum:.....

Podpis (skrbnika):

Ime cepiva, način aplikacije, mesto cepljenja (izpolni zdravstveno osebje)

.....

Podpis cepitelja:

Žig centra:

Zakonske podlage

Zakon o nalezljivih boleznih (Ur.list RS št. 33/2006 UPB), Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Ur. list št 43/2011), Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolniških okužb (Ur.list RS, št. 74/99, 92/2006, 10/2011), Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za tekoče leto.

2 fotokopijo izjave o privolitvi prejme pacient na njegovo zahtevo

<http://nijz.si/sl/pojasnilna-dolznost-pred-cepljenjem>

povzeto po: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/uploaded/navodilo_cepljenje_patronaza.pdf

VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU PRED IZVEDBO CEPUENJA

Ime in priimek:.....

Datum in kraj rojstva:.....

ZZZS številka:.....

Spoštovani,

vljudno Vas prosimo, da izpolnite vprašalnik o vašem zdravstvenem stanju, ki bo v pomoč pri izvedbi cepljenja. Če boste na vsa vprašanja odgovorili z »NE« in cepitelj pri pregledu pred cepljenjem ne bo ugotovil posebnosti, boste lahko cepljeni. Če boste na katero od vprašanj odgovorili z »DA«, bo cepitelj, po pregledu in ob upoštevanju stanja in drugih podatkov ocenil ali boste lahko cepljeni.

Če ste pri katerem odgovoru v dvomih, lahko zaprosite za pojasnilo medicinsko sestro ali zdravnika.

1. Ali ste danes bolni (infekcijsko obolenje z visoko temperaturo)? NE

Če je odgovor da, opišite težave _____

2. Ali imate alergijo na hrano, zdravila ali katerokoli cepivo? NE

Če je odgovor da, na kaj imate alergijo _____

3. Ali ste imeli v preteklosti že kdaj resen neželen učinek po cepljenju? NE

Če je odgovor da, po katerem cepivu _____

4. Ali imate katero od boleznih kot so: rak, levkemija, AIDS ali katerokoli bolezen imunskega sistema? NE

Če je odgovor da, kaj _____

5. Ali ste v zadnjih 3 mesecih prejeli večje odmerke kortikosteroidov, kemoterapevtikov ali imeli obsevanje? NE

Če je odgovor da, kaj ste prejeli _____

6. Ali ste v zadnjem letu prejeli transfuzijo krvi ali kakšen drug krvni pripravek, imuno-globuline? NE

Če je odgovor da, kaj ste prejeli _____

7. Imate težave s krvavitvami, prejemate zdravila proti strjevanju krvi? NE

Če je odgovor da, za katero bolezen prejemate zdravila in kakšna zdravila prejemate

8. Ali po posegih v telo (jemanje krvi, injekcija zdravila...) radi omedlite? NE

Če je odgovor da, kdaj ste nazadnje _____

9. Ali ste noseči/imate namen v naslednjih 2 mesecih zanositi? NE

Če je odgovor da se posvetujte z zdravnikom.

10. Ali ste bili cepljeni v zadnjih 4 tednih? NE

Če je odgovor da, kaj ste prejeli _____

11. Ste preboleli COVID-19? NE

Če je odgovor da, navedite datum pozitivnega brisa na SARS CoV2 _____

Izpolnil/a:

Pregledal/a:

Povzeto po:

[https://www.niiz.si/sites/www.niiz.si/files/uploaded/vprasanik_o_zdravstvenem_stanju_otroka_pred_izvedbo_cepjenja.pdf](https://www.niiz.si/sites/www.niiz.si/files/uploaded/vprasanik_o_zdravstvenem_stanju_otroka_pred_izvedbo_cepljenja.pdf)