

Zdravstvena ustanova _____

PRIJAVA NEŽELJENOG DOGAĐAJA NAKON IMUNIZACIJE/hemoprofilakse

Prezime (ime roditelja) i ime: _____

Dan, mjesec i godina rođenja: _____

Mjesto rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

Jedinstveni matični broj / / / / / / / / / / / / / / / / /

Vakcina nakon čije primjene se desio neželjeni događaj:

Vakcina/hemoprofilaksa protiv _____, serija _____, proizvođač _____, datum primjene _____, vrijeme primjene _____, doza po redu _____, vrijeme proteklo od otvaranja _____

Pakovanje: a) monodozno

b) višedozno

Način aplikacije: _____

Opis neželjene reakcije:

Početak reakcije: _____ Kraj reakcije: _____

Lokalno, pojava:

Bol	DA	NE
Crvenilo	DA	NE
Otok	DA	NE
Osjetljivost na pritisak	DA	NE

Opće, pojava:

Temperatura	DA	NE
Osip	DA	NE
Kolaps	DA	NE
Meningitis	DA	NE
Anafilaktička reakcija	DA	NE
Ostalo	DA	NE (navesti _____)

Terapija (ambulantno): _____

Hospitalizacija (ustanova i vrijeme): _____

Ishod:

Smrt	DA	NE
Uključena ili produžena hospitalizacija	DA	NE
Trajno oštećenje ili invalidnost	DA	NE
Životna ugroženost	DA	NE
Oporavak	DA	NE
Nepoznat	DA	NE

Datum popunjavanja prijave

Potpis doktora medicine

KARTON IMUNIZACIJE

Prva strana

Broj kartona: _____

KARTON IMUNIZACIJE

Ime i prezime: _____

Dan, mjesec i godina rođenja: _____

JMB: _____

Prezime i ime jednog roditelja/staratelja: _____

Adresa stanovanja (mjesto, ulica, broj): _____

Predšolska ustanova: _____

Osnovna škola: _____

Srednja škola:

Druga strana

[illegible]

ANEKS III

Veličina 9,5 cm · 14 cm

Tvrđi papir

Boja bijela

Naslovna strana

LIČNI KARTON IMUNIZACIJE

Prva strana

LIČNI KARTON IMUNIZACIJE Ime: _____ Prezime: _____ Dan, mjesec i godina rođenja: _____ JMB: _____ Ime i prezime jednog roditelja/staratelja: _____ Zdravstvena ustanova koja ovjerava lični karton imunizacije: _____

Druga strana

Vakcinacija protiv tuberkuloze (BCG)				
Vakcina	Doza po redu	Proizvođač i broj serije	Datum i vrijeme davanja	Potpis i pečat doktora

Treća strana

[illegible]

Četvrta i peta strana

[illegible]

Šesta strana

Vakcinacija protiv morbila, parotitisa i rubeole (MMR)				
Vakcina	Doza po redu	Proizvođač i broj serije	Datum i vrijeme davanja	Potpis i pečat doktora

Sedma strana

[illegible]

Osma strana

[illegible]

Deveta strana

[illegible]

Napomene:

Preosjetljivost na vakcine: _____

Preosjetljivost na lijekove: _____

Utvrđena kontraindikacija za vakcinaciju: _____

Korisnik/roditelj/staratelj dužan je čuvati lični karton imunizacije i nositi ga na svaku vakcinaciju.

Zdravstvena ustanova: _____

Mjesečni zbirni izvještaj o neželjenim događajima nakon vakcinacije

Potvrđujemo da je u periodu od _____ do _____ u našoj ustanovi
prijavljeno ukupno _____ neželjenih događaja nakon vakcinacije.

Broj prijavljenih ozbiljnih neželjenih događaja nakon vakcinacije u istom periodu je _____.

Datum _____

Potpis doktora medicine _____