

**PRIJAVA NEŽELJENE REAKCIJE NAKON CIJEPLJENJA
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FEDERACIJE BIH**

Adresa: Sarajevo, Maršala Tita 9 Mostar, Vukovarska 46	tel./fax +387 (033 564 631; 033 564 601) (036 382 138; 036 382 101)
--	--

I PODACI O IZVJESTITELJU

Ime i prezime*	Specijalnost	Ustanova	Adresa*	Tel/fax	E-mail	Datum prijave

II PODACI O PACIJENTU

Ime (ime jednog roditelja) i prezime*	Dob*	Spol*	Visina	Težina	Datum rođenja			Broj kartona
					dan	mjes.	godina	
		☐ M ☐ Z						

III PODACI O CJEPIVIMA

Broj	Naziv cjepiva*+	Proizvođač	Serijski broj*	Rok upotrebe	Način primjene	Mjesto primjene	Doza	Primljena doza**
1.								
2.								
3.								

Broj	Rastvarač za cjepivo	Proizvođač	Serijski broj*	Rok upotrebe	Vrijeme rastvaranja	Napomena
1.						

+ Označiti zvjezdicom cjepivo za koje se sumnja da je izazvalo neželjenu reakciju

**Navedi koja je doza cjepiva u slijedu cijepljenja: prva, druga, treća

Datum i sat cijepljenja *	Datum i sat nastanka neželjene reakcije	Vremenski interval od cijepljenja do nastanka neželjene reakcije (minute, sati, dani, tjedni)	Datum prestanka neželjene reakcije

IV OPIS NEŽELJENE REAKCIJE

☐ ozbiljna lokalna reakcija a) > 3 dana b) iznad najbližeg zgloba ☐ konvulzije a) febrilne b) afebrilne ☐ absces a) sterilni b) bakterijski ☐ Limfadenitis a) >1,5 cm b) supurativni ☐ sepsa ☐ temperatura >38°C ☐ sindrom toksičnog šoka ☐ encefalopatija ☐ anafilaksija ☐ trombocitopenija ☐ Drugo (opisati) _____	Opis znakova i simptoma:
--	---

V OSTALI VAŽNIJI ANAMNESTIČKI PODACI

Prethodne reakcije na druge imunološke pripreme ili lijekove, reakcije preosjetljivosti, epidemiološki podaci i sl.
Oboljenja u trenutku cijepljenja:

VI ISHOD NEŽELJENE REAKCIJE I UZROČNO-POSLEDIČNA POVEZANOST

Ishod neželjene reakcije	Označite da li je neželjena reakcija dovela do:	Uzročno-posledična povezanost nuspojava i cjepiva
☐ oporavak bez posljedica ☐ oporavak s trajnim posljedicama ☐ oporavak u tijeku ☐ smrt ☐ nepoznato	☐ smrt ☐ hospitalizacija ili produžena hospitalizacija ☐ invalidnost/neposobnost ☐ životne ugroženost ☐ kongenitalne malformacije	☐ sigurna/vrlo vjerovatna ☐ vjerovatna ☐ moguća ☐ nije vjerovatna

* OBVEZNI PODACI

Osnovni podaci

Kanton

Ustanova i adresa mjesta cijepljenja:

Ime osobe koja prijavljuje:

Datum istrage: ____ / ____ / ____

Pozicija:

Datum popunjavanja obrasca: ____ / ____ / ____

Telefon:

Mobitel:

e-mail:

Ime pacijenta:

Spol: ☐ M ☐ Ž

(poseban obrazac u slučaju grupiranja pojava)

Datum rođenja (DD/MM/GGGG): ____ / ____ / ____

Pacijentova puna adresa (ulica i broj telefona):

ILI Dob pri javljanju: ____ godine ____ mjeseci ____ dani

Naziv cjepiva/rastvarača koje je pacijent primio	Datum cijepljenja	Vrijeme cijepljenja	Doza (npr. prva, druga)	Serijski broj	Rok valjanosti

Relevantne informacije o pacijentu prije imunizacije

Kriteriji	Nalazi	Primjedbe (ako je odgovor „Da“ navedite detalje)
Da li je sličan događaj registriran ranije	Da/ Ne/ Nepoznato	
Neželjeni događaj registriran nakon prijašnjeg cijepljenja	Da/ Ne/ Nepoznato	
Alergije na cjepivo, lijek ili hranu	Da/ Ne/ Nepoznato	
Bolest u prethodnih 30 dana / kongenitalni poremećaj	Da/ Ne/ Nepoznato	
Hospitalizacija u prethodnih 30 dana, i uzrok	Da/ Ne/ Nepoznato	
Da li pacijent istodobno koristi druge lijekove? (ako „Da“, naziv lijeka, indikacije, doze i datumi liječenja)	Da/ Ne/ Nepoznato	
Druge bolesti (relevantne) ili alergija u obitelji	Da/ Ne/ Nepoznato	

Za dojenčad

- Porođaj je bio ☐ u terminu ☐ prije termina ☐ poslije termina Porođajna težina: _____
- Porođajna procedura je bila ☐ prirodnim putem ☐ carskim rezom ☐ asistirana (forceps, vakum itd.)
☐ sa komplikacijama (pojasniti)

Podaci o slučaju ozbiljne neželjene pojave nakon imunizacije

Izvor informacija (označiti sve primjenjivo): ☐ Ispitivanje od strane istražitelja ☐ Dokumenti
☐ Drugo (navesti) _____

Znakovi i simptomi u kronološkom slijedu od vremena cijepljenja:

- Priložite kopije svih dostupnih medicinskih dokumenata (uključujući otpusna pisma, uputnice, laboratorijske podatke i sl.). Upišite jedino informacije koje nisu dostupne u priloženim dokumentima.

Pojedinosti o datim cjepivima i imunizacijskoj praksi na punktu povezanom sa prijavom ozbiljne neželjene pojave nakon imunizacije za odgovarajući dan

Broj imuniziranih za svako cjepivo na cijeplnom punktu. (Priložiti izvještaj ukoliko je dostupan)	Naziv cjepiva								
	Broj doza								

a) U slučaju višedoznih bočica, da li je cjepivo dato:

☐ među prvim dozama ☐ među zadnjim dozama ☐ nepoznato

b) Da li postoji greška u propisivanju ili u nepridržavanju preporuka za primjenu cjepiva	Da / Ne
c) Na osnovu vaše istrage, da li smatrate da dato cjepivo (rastvarač) nije bilo sterilno	Da / Ne / Nemoguće procijeniti
d) Na osnovu vaše istrage, da li smatrate da fizičko stanje cjepiva (npr. boja, zamućenost itd.) nije bilo regularno u trenutku primjene	Da / Ne / Nemoguće procijeniti
e) Na osnovu vaše istrage, da li smatrate da je postojala greška u rastvaranju/pripremanju cjepiva od strane cjepljenog (npr. pogrešno cjepivo, pogrešan rastvarač, neprimjereno mješanje itd.)?	Da / Ne / Nemoguće procijeniti
f) Na osnovu vaše istrage, da li smatrate da je postojala greška u čuvanju cjepiva (npr. prekid u hladnom lancu tijekom transporta, skladištenja itd.)	Da / Ne / Nemoguće procijeniti
g) Na osnovu vaše istrage, da li smatrate da je cjepivo dato na neadekvatan način (npr. pogrešna doza, mjesto i put primjene, pogrešna veličine igle i sl.)	Da / Ne / Nemoguće procijeniti
h) Broj cijepljenih osoba iz iste bočice/ampule predmetnog višedoznog cjepiva	
i) Broj cijepljenih osoba predmetnim cjepivom istog serijskog broja u istom danu na punktu	
j) Broj cijepljenih osoba predmetnim cjepivom istog serijskog broja na drugim punktovima Precizirati punktove:	
k) Da li je slučaj dio klastera?	Da / Ne / Nepoznato
a. Ukoliko jeste, koliko je drugih slučajeva otkriveno u klasteru?	
b. Da li su svi slučajevi u klasteru primili cjepivo iz iste bočice?	Da / Ne / Nepoznato
c. Ako nisu, broj bočica korištenih u klasteru (unesite pojedinosti odvojeno)	

Ukoliko je odgovor „Da“ na neko od prethodnih pitanja, navesti pojašnjenja odvojeno:

Hladni lanac i transport**Na imunizacijskom punktu:**

• Da li je monitorirana temperatura u frižideru	Da / Ne
○ Ako je odgovor "Da", da li je bilo odstupanja izvan 2-8° C nakon pohranjivanja cjepiva	Da / Ne
○ Ako je odgovor "Da", osigurajte detalje monitoringa odvojeno	
• Da li je provedena procedura pravilnog skladištenja cjepiva, rastvarača i šprica	Da / Ne / Nepoznato
• Da li su u frižideru ili zamrzivaču bili drugi predmeti, osim cjepiva i rastvarača	Da / Ne / Nepoznato
• Da li su prisutna djelomično upotrebljena rastvorena cjepiva u frižideru?	Da / Ne / Nepoznato
• Da li je u frižideru bilo neupotrebljivog cjepiva (isteklog roka, bez oznaka, zamrznutog, VVM stadij 3 ili 4 itd.)	Da / Ne / Nepoznato
• Da li je u frižideru bilo neupotrebljivih rastvarača (isteklog roka, neodgovarajućeg proizvođača, oštećenih ampula itd.)	Da / Ne / Nepoznato

Komentari:

Transport:

Vrsta korištenog prijenosnog sredstva za cjepiva:

Da li su korišteni adekvatni hladni ulošci:	Da / Ne / Nepoznato
---	---------------------

Komentari:

Istraga u zajednici

Da li su prijavljene druge slične pojave nakon imunizacije, unutar sličnog vremenskog razdoblja i na istom lokalitetu	Da / Ne / Nepoznato
---	---------------------

Ukoliko jesu, opišite ih:

Ukoliko jesu, koliko je ovakvih pojava registrirano:

Među registriranim slučajevima, koliko je bilo:

- Cijepljeno: _____
- Nije cijepljeno: _____
- Nepoznato: _____

Drugi komentari:

Ostala zapažanja i komentari

Kanton _____

Obrazac broj 3.

Zdravstvena ustanova _____

GODIŠNJI PLAN IMUNIZACIJE

za 20__godinu

Cjepivo		Broj planirane djece prema kalendaru imunizacije (ciljna skupina)	Broj planirane djece drugih dobnih skupina	Ukupno
0		1	2	3
CIJEPLJENJE	BCG			
	HepB (3 doze)			
	DTPa-IPV-Hib (3 doze)			
	PCV (pneumokokno cjepivo) (2 doze)			
	MRP 1			
DOCJEPLJIVANJE	PCV (pneumokokno cjepivo) docj.			
	DTPa-IPV-Hib I docj.			
	DTaP- IPV II docj.			
	MRP 2			
	dT adultis			
	IPV			

Datum: _____

Odgovorna osoba _____

Broj kartona

Opcina: _____

Zdravstvena ustanova: _____

Cjepni centar: _____

KARTON CIJEPLJENJA

Prezime _____ ime _____

Ime jednog roditelja: _____ datum rođenja: _____

Mjesto rođenja: _____ telefon _____

Mjesto i adresa stanovanja: _____

Promjena mjesta i adrese stanovanja: _____

REAKCIJE POSLJE CIJEPLJENJA

--	--	--	--

KONTRAINDIKACIJE

Dijagnoza	Privremena	Trajna

Osobna anamneza (bolesti koje je prebolio-la):

Pertussis	_____ god.	Hepatitis A	_____ god.
Morbili	_____ god.	Hepatitis B	_____ god.
Difteria	_____ god.	Morbus rheumat.	_____ god.
Rubeola	_____ god.	TBC	_____ god.

Alergije

--

OSTALE IMUNIZACIJE I IMUNOPROFILAKSE			
Broj doza	Vrsta, broj serije i proizvođač	Datum	Mjesto i način aplikacije

TUBERKULOZA

Obrazac broj 4. (st. 2.)

Broj doza	Vrsta cjepiva	Datum cjepljenja	Podaci o cjepivu				Nije cijepljeno zbog
			Količina u ml.	Mjesto i način aplikacije	Serijski broj	Rok upotrebe	
Cijeplj.							

HEPATITIS B

I doza							
II doza							
III doza							

DIFTERIJA, TETANUS, PERTUSIS, POLIOMIJELITIS, HAEMOPHILUS INFLUENZE TIP B

I doza							
II doza							
III doza							
Docjeplj.							

PNEUMOKOK

I doza							
II doza							
Docjeplj.							

MORBILI, RUBEOLA, PAROTITIS

Cijeplj.							
Docjeplj.							

DIFTERIJA, TETANUS, PERTUSIS, POLIOMIJELITIS

Docjeplj							
----------	--	--	--	--	--	--	--

DIFTERIJA, TETANUS

Docjeplj.							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

POLIOMIJELITIS

Docjeplj.							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

HUMANI PAPILOMA VIRUS

I doza							
II doza							

OSTALA CJEPIVA

OSTALE IMUNIZACIJE

Broj doza	Vrsta cjepiva	Datum

Kontraindikacije**Dijagnoza:****-privremena****-trajna**

Obrazac broj 5. (st. 1)

Zdravstvena ustanova:

ISKAZNICA CJEPLJENJA

Ime:

Prezime:

Ime jednog roditelja:

Datum rođenja:

Mjesto:

Adresa stanovanja, tel.:

TUBERKULOZA

Obrazac broj 5. (st. 2)

Broj doza	Vrsta cjepiva	Datum

HEPATITIS B

I doza		
II doza		
III doza		

**DIFTERIJA, TETANUS, PERTUSIS,
POLIOMIJELITIS, HAEMOPHILUS
INFLUENZE TIP B**

I doza		
II doza		
III doza		
Docjeplj. 1		

PNEUMOKOK

I doza		
II doza		
Docjeplj. 1		

**DIFTERIJA, TETANUS, PERTUSIS,
POLIOMIJELITIS**

Broj doza	Vrsta cjepiva	Datum
Docjeplj.		

MORBILLI, RUBEOLA, PAROTITIS

Cijeplj.		
Docjeplj.		

DIPHTERIJA, TETANUS

Docjeplj.		

OSTALA CJEPIVA

Zdravstvena ustanova _____

POTVRDA O CIJEPNOM STATUSU

Ime _____

Prezime _____

Ime jednog roditelja _____

Datum rođenja _____

Mjesto rođenja _____

Mjesto i adresa stanovanja _____

Označiti cijeplni status:*

Potpuno cijepljen ☐

Nepotpuno cijepljen, opravdano ☐
(zbog privremenih ili trajnih kontraindikacija)

Nepotpuno cijepljen, neopravdano ☐

Napomena: _____

Svrha izdavanja potvrde: _____

Datum _____

Odgovorna osoba

*U skladu sa važećom Naredbom o programu obveznih imunizacija stanovništva protiv zaraznih bolesti

Zdravstvena ustanova _____

Obavijest o potrebnoj imunizaciji

Ime _____

Prezime _____

Ime jednog roditelja _____

Datum rođenja _____

Mjesto i adresa stanovanja _____

Kontakt telefon _____

Poštovani roditelju,

Uvidom u imunizacijski karton Vašeg djeteta utvrdili smo da treba sljedeće imunizacije kako bi ispunilo zahtjeve u skladu sa važećom Naredbom o programu obveznih imunizacija stanovništva protiv zaraznih bolesti:

Cjepivo	Označiti nedostajuće doze				Rok za javljanje
BCG	☐ 1				_____
cjepivo protiv tuberkuloze					
Hepatitis B	☐ 1	☐ 2	☐ 3		_____
Cjepivo protiv virusne žutice B					
DTaP-IPV-Hib	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	_____
Cjepivo protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječje paralize i hemofilusa influence tip b					
PCV	☐ 1	☐ 2	☐ 3		_____
Cjepivo protiv pneumokokne bolesti					
MRP	☐ 1	☐ 2			_____
cjepivo protiv morbila, rubeole i zaušnjaka					
DTaP-IPV	☐ 1				_____
Cjepivo protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja i dječje paralize					
dT	☐ 1				_____
Cjepivo protiv difterije i tetanusa					

Molimo da se javite u nadležni dom zdravlja kako bi dogovorili nadoknadu propuštenih imunizacija.

Datum _____

Odgovorna osoba

Kanton _____

Obrazac broj 8.

Zdravstvena ustanova _____

IZVJEŠĆE O IMUNIZACIJAMA PROTIV ZARAZNIH BOLESTI

za _____ mjesec 20__ godine

Vrsta cjepiva		Ciljna dobna skupina/kohorta/ cijepljeni prema kalendaru imunizacije			Druge dobne skupine/kohorta/nisu cijepljeni prema kalendaru imunizacije		
		Broj planiranih	Broj cijepljenih	%	Broj planiranih	Broj cijepljenih	%
		1	2	3	4	5	6
CJEPLENJE	BCG						
	HepB 1						
	HepB 2						
	HepB 3						
	DTaP-IPV-Hib 1						
	DTaP-IPV-Hib 2						
	DTaP-IPV-Hib 3						
	PCV (pneumokokno cjepivo) 1						
	PCV (pneumokokno cjepivo) 2						
	MRP 1						
DOCJEPLJIVANJE	PCV (pneumokokno cjepivo) docj.						
	DTaP-IPV-Hib docj.						
	DTaP-IPV docj.						
	MRP 2						
	dT (adultis)						
	IPV						

Datum: _____

Odgovorna osoba

Kanton _____

Obrazac broj 9.

Zdravstvena ustanova _____

IZVJEŠĆE O POTROŠNJI CJEPIVA

Za ____mjesec 20__godine

Cjepiva	Broj doza cjepiva na početku mjeseca	Broj doza cjepiva zaprimljenog u toku mjeseca	Broj utrošenih doza cjepiva*	Broj odbačenih doza cjepiva**	Broj preostalih doza cjepiva na kraju mjeseca
0	1	2	3	4	5
BCG					
Hepatitis B					
DTaP-IPV-Hib					
DTaP-IPV					
PCV (pneumokokno cjepivo)					
MRP					
dT adultis					
IPV					
Hepatitis B adultis					
HPV					
Gripa					
COVID-19					
Antirabično cjepivo					
HRIG					
dTaP					

* upisati broj cijepljene djece

** upisati broj odbačenih doza cjepiva bez obzira na razlog odbacivanja

Datum _____

Odgovorna osoba _____

Broj cijepljenih po općinama																						
		Ciljna doba skupina			Druge dobne skupine			Ciljna doba skupina			Druge dobne skupine			Ciljna doba skupina			Druge dobne skupine			Ciljna doba skupina		
		Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak
Vrsta cjepiva																						
CIEPLJENJE	BCG																					
	Hepatitis B 1																					
	Hepatitis B 2																					
	Hepatitis B 3																					
	DTaP-IPV-Hib 1																					
	DTaP-IPV-Hib 2																					
	DTaP-IPV-Hib 3																					
	PCV pneumokokno cjepivo 1																					
	PCV pneumokokno cjepivo 2																					
	MRP																					
	PCV-Pneumokokno cjepivo																					
DOCIPLJIVANJE	DTaP-IPV-Hib																					
	DTaP-IPV																					
	MRP																					
	dT adult																					
	IPV																					

Mjesto, datum:

Odgovorna osoba:

Kanton _____

Obrazac broj 11.

Zdravstvena ustanova / rođilište _____

IZVJEŠĆE O PROVEDENIM IMUNIZACIJAMA U RODILIŠTU

za _____mjesec 20____godine

Cjepivo	Broj živorođenih	Broj cijepljenih	%
BCG			
Hepatitis B			

IZVJEŠĆE O POTROŠNJI CJEPIVA

za _____mjesec 20____godine

Cjepivo	Broj doza cjepiva na početku mjeseca	Broj zaprimljenih doza cjepiva u toku mjeseca	Broj utrošenih doza u toku mjeseca	Broj odbačenih doza cjepiva u toku mjeseca**	Broj preostalih doza na kraju mjeseca
BCG					
Hepatitis B					

** Istekao rok valjanosti, nepravilno skladištenje, odbačene, nepotrošene bočice itd.

Datum: _____

Odgovorna osoba

ZBIRNO IZVJEŠĆE O PROVEDENIM IMUNIZACIJAMA U RODILIŠTIMA KANTONA
za _____mjesec 20____godine

Rodilište																Ukupno			
Cjepivo	Broj živorođenih			Broj cijepjenih	%			Broj živorođenih	Broj cijepjenih	%			Broj živorođenih	Broj cijepjenih	%				
BCG																			
Hepatitis B																			

ZBIRNO IZVJEŠĆE O POTROŠNJI CJEPIVA
za _____mjesec 20____godine

Rodilište																Ukupno			
Cjepivo	BCG			HepB	BCG			HepB	BCG			HepB	BCG			HepB	BCG		
	Broj	ž	u		Broj	ž	u		Broj	ž	u		Broj	ž	u		Broj	ž	u
Broj doza cjepiva na početku mjeseca																			
Broj zaprimljenih doza cjepiva u toku mjeseca																			
Broj utrošenih doza cjepiva u toku mjeseca																			
Broj odbačenih doza cjepiva u toku mjeseca**																			
Broj preostalih doza na kraju mjeseca																			

** Istekao rok valjanosti, nepravilno skladištenje, odbačene, nepotrošene bočice itd.

Datum: _____

Odgovorna osoba

Kanton _____

Obrazac broj 13.

Zdravstvena ustanova _____

**ZBIRNO IZVJEŠĆE O PROVEDENIM IMUNIZACIJAMA PROTIV HPV
INFEKCIJE za _____ mjesec 20____ godine**

Vrsta cjepiva	Ciljna dobna skupina/kohorta/ cijepjeni prema kalendaru imunizacije			Druge dobne skupine/kohorta/ nisu cijepjeni prema kalendaru imunizacije		
	Broj planiranih	Broj cijepjenih	%	Broj planiranih	Broj cijepjenih	%
HPV 1						
HPV 2						

Datum: _____

Odgovorna osoba

Obrazac broj 14.

ZBIRNO IZVJEŠĆE O PROVEDENIM IMUNIZACIJAMA PROTIV GRIPE
za mjesec _____ 20____. godine

[illegible]

Odgovorna osoba

