

Upitnik o vakcinaciji protiv majmunskih boginja vakcinom Jynneos®

Pitanje	Da/Ne
Da li su Vam poznate neke alergije i/ili da li ste ikada imali tešku alergijsku reakciju na vakcinu ili lek (npr. alergijski šok / anafilaksu)?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ako da: koje?
Da li ste alergični na pileća jaja ili proizvode od jaja?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
Da li ste alergični na sledeće sastojke u vakcini Jynneos® : trometamol, natrijum hlorid, benzonaza, gentamicin i ciprofloksacin (antibiotici)?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ako da: koje?
Da li imate visoku temperaturu ili se na neki drugi način osećate loše?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
Da li trenutno imate osip (koji može izgledati kao izbočine, plikovi ili bubuljice) ili rane na telu, ili imate majmunske boginje?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
Da li ste bili izloženi majmunskim boginjama u poslednjih 14 dana?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
Da li imate bolest koja slabi vaš imuni sistem (npr. leukemija, rak, HIV-infekcija sa nepoznatim brojem CD4+ ćelija ili CD4+ ćelija < 200c/μL) ili imate terapiju koja slabi Vaš imuni sistem?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
Da li ste ikada imali keloidne ožiljke (ožiljci koji se razmnožavaju), osip (neurodermatitis / atopijski dermatitis) ili neko drugo oboljenje kože?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ako da: koje?
Da li ste ikada imali upalu srčanog mišića (miokarditis) ili upalu srčane kese (perikarditis)?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
Da li ste trudni, da li planirate da zatrudnite ili dojite?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
Da li ste već vakcinisani protiv velikih boginja (u Švajcarskoj do 1972. godine) ili majmunskih boginja (Jynneos® ili druga vakcina)?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ako da: Naziv i datum vakcine?
Da li ste primili još jednu vakcinu u poslednje 4 nedelje i/ili da li je planirana vakcinacija u naredne 4 nedelje?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ako da: koju?
Da li redovno uzimate lekove?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ako da: koje?

Ako ste potvrdno odgovorili na jedno ili više od gore navedenih pitanja, to nije kriterij za isključenje od vakcinacije. Ali potrebno je pojedinačna provera i pojašnjenje, jer mogu biti potrebne dodatne mere predostrožnosti za vakcinaciju. Obavezno razgovarajte o ovim aspektima sa odgovornim medicinskim stručnjakom u mestu gde se vakcinišete.

Izjava o saglasnosti za vakcinaciju protiv majmunskih boginja sa vakcinom Jynneos® od Bavarian Nordic

Proizvod nije odobren od strane firme Swissmedic u Švajcarskoj. Upotreba se odvija kao No-Label-Use.

Stanje: 14.10.2022. god.

Lični podaci o osobi koja se vakciniše

Prezime

Ime

Datum rođenja (DD.MM.GGGG)

Broj telefona

Adresa e-pošte

Izjava o saglasnosti

Nakon opsežnih i detaljnih objašnjenja od strane odgovornog medicinskog stručnjaka, obavešten sam o Jynneos® vakcinaciji protiv majmunskih boginja. Potvrđujem da me je odgovorni medicinski stručnjak obavestio da vakcina koju primam, Jynneos®, nije odobrena u Švajcarskoj (No-Label-primena). Odgovorni medicinski stručnjak me je u ličnom razgovoru sveobuhvatno obavestio o medicinskim i pravnim aspektima u slučaju primene ove vakcine. Imao/la sam priliku da postavljam pitanja, koja su mi na zadovoljavajući način bila odgovorena. Saopštio sam informacije o svom zdravstvenom stanju odgovornom medicinskom stručnjaku.

Potvrđujem da sam u potpunosti obavešten/a o vakcinaciji sa vakcinom Jynneos®. Potvrđujem da sam u potpunosti razumeo/la informacije o vakcinaciji sa vakcinom Jynneos®. Potvrđujem da sam razumeo/la prednosti i rizike vakcine Jynneos®. Slažem se da budem vakcinisan/a Jynneos® vakcinom.

Prezime i ime

Mesto

Datum (DD.MM.GGGG)

Potpis lica koje se vakciniše ili zakonskog zastupnika

Ako je primenjivo: Podaci o zakonskom zastupniku (prezime / ime / telefon / e-pošta)

Popunjavanje odgovornog medicinskog stručnjaka

Prezime i ime odgovornog medicinskog stručnjaka

Potpis odgovornog medicinskog stručnjaka