

Obrazac broj 2

IZVJEŠĆE O NEPOŽELJNIM SPOREDNIM POJAVAMA U PROVEDBI OBVEZNE IMUNIZACIJE PROTIV ZARAZNIH BOLESTI

Zdravstvena ustanova _____

Zdravstveni djelatnik u privatnoj praksi _____

Adresa _____ Telefon: _____

Ime, očevo ime, prezime i adresa imunizirane osobe _____

Spol ____ životna dob (naznačiti: mjeseci ili godine) _____ težina (kg) _____

Visina (cm) _____

Vrsta primljenog imunobiološkog preparata (cjepivo, serum, imunoglobulini, naziv preparata):

Proizvođač _____

Datum proizvodnje _____ serija _____ broj _____

Datum primjene _____ primljena doza _____

(u slijedu cijepljenja: prva, druga, treća....)

Način primjene (i.m, i.c., s.c.) _____ Količina (ml) _____

Da li je i koliko doza tog preparata osoba u životu primila, koje godine i prethodne reakcije

Prethodne reakcije na druge imunobiološke preparate (preparat, reakcija)

Oboljenja u času primanja preparata:

– koja su bila poznata liječniku (cjepitelju) _____

– koja nisu bila poznata liječniku (cjepitelju) _____

Nepoželjna sporedna pojava: dijagnoza _____

datum početka _____ opis (tok, simptomi) _____

Primljena terapija _____

Ishod bolesti _____

(Ozdravljenje, **trajno oštećenje**, **smrt**, nepoznato)

***) Nepoželjnom sporednom pojavom u svrhu ovog izvještaja smatra se svaka neobičajena reakcija na imunobiološki preparat, odnosno svaka komplikacija.**

Potpis cjepitelja _____

Upotrijebite drugu stranu za dodatne podatke i zapažanja