

**IZVJEŠĆE
O NEPOŽELJNIM SPOREDNIM POJAVAMA U
PROVEDBI OBEVZNE 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 primjen _____ primljena doza _____

(u slijedu cijepjenja: 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

Cjepitelj _____

(Ime zdravstvenog djelatnika)

Općina _____

Ustanova _____

(privatnik, dom zdravlja, zavod za javno zdravstvo)

Županija _____

Adresa _____

Godišnji plan imunizacije za _____ godinu

Cijepit će se protiv	broj osoba
Difterije, tetanusa i pertusisa (DTP) Potpuno primarno (sve tri doze)*	
DTP Docjepljivanje 1.	
DTP Docjepljivanje 2.	
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 1.	
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 2.	
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 3.	
Tetanusa docjepljivanje	
Poliomijelitisa Potpuno primarno (sve tri doze)*	
Poliomijelitisa docjepljivanje 1.	
Poliomijelitisa docjepljivanje 2.	
Poliomijelitisa docjepljivanje 3.	
Haemophilusa influenzae tip B* Potpuno primarno (sve tri doze)	
Haemophilusa influenzae tip B docjepljivanje	
Ospica, rubeole i parotitisa primarno	
Ospica, rubeole i parotitisa docjepljivanje	
Tuberkuloze (primarno)*	
Hepatitis B dojenčad (potpuno)*	
Hepatitis B školska djeca (potpuno)*	

*Upisuje se samo onaj broj osoba koje će tijekom godine potpuno dovršiti primovakcinaciju, a ne i one koje će je tek započeti, odnosno one koje je neće moći dovršiti.

Mjesto i datum _____ Potpis odgovorne osobe:

Redni broj _____ **POZIV**

Prezime i ime roditelja / skrbnika

Adresa _____

Pozivamo Vas da dovedete dijete

(ime i prezime)

god. rođenja _____ na cijepljenje protiv

TUBERKULOZE; DIFTERIJE; TETANUSA;
HRIPAVCA; DJEČJE PARALIZE; OSPICA;
CRVENKE; ZAUŠNJAKA; HAEMOFILUSA INFL.
B; HEPATITISA B koje će se obavljati
dana _____

u _____ sati, mjesto _____
ulica _____ kbr. _____

Cijepljenje je obavezno. Sprečavanje ovih bolesti je za
dobrobit Vašeg djeteta.

Mjesto i datum: _____

Redni broj _____

U _____

Dana _____ godine

POTVRĐUJEM

primitak poziva za cijepljenje protiv tuberkuloze,
difterije, tetanusa, hripavca, dječje paralize, ospica,
crvenke, zaušnjaka, haemofilusa infl. tip B i hepatitisa
B* uz razumijevanje da je cijepljenje obavezno.

Potpis primatelja:

IZVJEŠTAJ

o neizvršenoj dostavi

Po izjavi _____

(adresa)

naslovnik na naznačenoj adresi je nepoznat-odselio u

OBAVIJEST RODITELJIMA – OBVEZNICIMA

U mnogim zemljama, pa tako i kod nas, cijepljenje protiv difterije, tetanusa, hripavca, dječje paralize (poliomijelitisa), ospica, crvenke, zaušnjaka, haemofilusa infl. tip B i hepatitisa B obaveza je za svakog građanina. Naime, cijepljenjem protiv tih bolesti kroz niz godina neke se uspješno iskorijeniti – dječju paralizu i difteriju, ospice i rubelu eliminirati, druge značajno prorijediti – tetanus, a treće pak ublažiti – hripavac. Isto tako svaka osoba pravilno cijepljena protiv tetanusa pri ranjavanju je potpuno zaštićena od ove nadasve smrtonosne bolesti. Zato, roditelji – obveznici bez oklijevanja pristupite cijepljenju. *Napomena:* U nekim razvijenim zemljama cijepljenje se ne smatra obavezom, nego preporukom. Međutim, u tim zemljama dijete ne može krenuti u dječji vrtić niti u školu (koja je zakonska obaveza) ako nije prema “preporukama” cijepljeno.

Obrazac broj 5

Veličina 9,5 x 14,0 cm

Tvrđi papir

Stranica 1.

Republika Hrvatska
Republic of Croatia

(grb)

Ministarstvo zdravlja
Ministry of Health

Iskaznica imunizacije
Certificates of immunization

Stranica 2.

Tuberkulinsko testiranje i cijepljenje protiv tuberkuloze
Tuberculin Testing and Vaccination Against Tuberculosis

Datum	Cjepivo/PPD	Doza	Rezultat	Proizvođač	Serijski broj	Potpis i pečat liječnika
Date	Nature of product	Dose	Result	Producer	Batch no.	Signature and stamp

Stranica 3.

Cijepljenje protiv difterije, tetanusa i hripavca
Vaccination against diphtheria, tetanus and pertussis

Datum	Cjepivo	Doza	Proizvođač	Serijski broj	Potpis i pečat liječnika
Date	Nature of product	Dose	Producer	Batch no.	Signature and stamp

Stranica 4.

Cijepljenje protiv dječje paralize
Vaccination against poliomyelitis

Datum	Cjepivo	Doza	Proizvođač	Serijski broj	Potpis i pečat liječnika
Date	Nature of product	Dose	Producer	Batch no.	Signature and stamp

Stranica 5.

Cijepljenje protiv H. influenzae tipa B bolesti
Vaccination against H. influenzae type B disease

Datum	Cjepivo	Doza	Proizvođač	Serijski broj	Potpis i pečat liječnika
Date	Nature of product	Dose	Producer	Batch no.	Signature and stamp

Stranica 6.

Cijepljenje protiv ospice, parotitisa i rubele
Vaccination against measles, mumps and rubella

Datum	Cjepivo	Doza	Proizvođač	Serijski broj	Potpis i pečat liječnika
Date	Nature of product	Dose	Producer	Batch no.	Signature and stamp

Podatke u iskaznicu imunizacije unosi doktor medicine koji cijepi/nadzire cijepljenje/imunizaciju

Information is entered into the Certificates of immunization booklet by the physician who performs/supervises vaccination.

Ako osoba koja se cijepi nema kod sebe iskaznicu imunizacije, treba joj se izdati nova

In case the vaccinee does not have the Certificates of immunization booklet during an immunization session, he/she should be issued a new one

Cjepljenik/roditelj/staratelj je dužan čuvati iskaznicu imunizacije i ponijeti na svako cijepljenje/imunizaciju

The vaccinee/parent/guardian should have the Certificates of immunization booklet in keeping and bring it to every immunization session

Poliomijelitisa Potpuno primarno (sve tri doze)*			
Poliomijelitisa docjepljivanje 1.			
Poliomijelitisa docjepljivanje 2.			
Poliomijelitisa docjepljivanje 3.			
Haemophilusa influenzae tip B Potpuno primarno (sve tri doze)*			
Haemophilusa influenzae tip B docjepljivanje			
Ospica, rubeole i parotitisa primarno			
Ospica, rubeole i parotitisa docjepljivanje			
Tuberkuloze (primarno)			
Tuberkuloze cijepjenje nakon PPD testiranja (tuberkulin negativne osobe)			
Hepatitis B dojenčad (potpuno)*			
Hepatitis B školska djeca (potpuno)*			

*Upisuje se samo onaj broj osoba koje su tijekom godine potpuno dovršile primovakcinaciju, bilo da su primile sve tri doze, bilo da su primile zaostalu jednu ili dvije doze iz prethodne godine, a ne i one koje su tek započele seriju od tri doze.

Mjesto i datum _____ Potpis odgovorne osobe:

Obrazac broj 6

Cjepitelj _____ Općina _____

(Ime zdravstvenog djelatnika)

Ustanova _____ Županija _____

(privatnik, dom zdravlja, zavod za javno zdravstvo)

Adresa _____

Godišnje izvješće o izvršenim obveznim imunizacijama u _____ godini

Cijepljeno je protiv	broj osoba	od predviđenih	%
Difterije, tetanusa i pertusisa (DTP) Potpuno primarno (sve tri doze)*			
DTP Docjepljivanje 1.			
DTP Docjepljivanje 2.			
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 1.			
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 2.			
Difterije i tetanusa (Td) docjepljivanje 3.			
Tetanusa docjepljivanje			