

Ime in priimek prejemnika cepiva:

.....

Datum rojstva:

(lahko nalepka ZD Brežice)

PRIVOLITEV ZA CEPLJENJE PROTI COVID-19

s cepivom Pfizer Comirnaty LP.8.1

Na podlagi prejetih ustnih pojasnil ob cepljenju, ustnih odgovorov na morebitna dodatna vprašanja in informacij o cepljenju na spletni strani NIJZ,* ki se nanašajo na izvedbo, koristi in tveganja ter morebitne negativne posledice v zvezi s cepljenjem proti COVID-19

PRIVOLIM

NE PRIVOLIM

(ustrezno obkrožite)

Privolitev dajem svobodno. Razumem pojasnila ter pomen in posledice privolitve.

Datum:

Podpis prejemnika cepiva ali zakonitega
zastopnika

(navesti tudi ime in priimek zastopnika ter
razmerje do prejemnika):

Podatki o cepivu in cepljenju:

Podpis cepitelja in žig Zdravstvenega doma Brežice:

* Informativno gradivo: »Cepljenje proti COVID-19 - za splošno javnost« (www.nijz.si)

**Priloga: VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV
PRED IZVEDBO CEPLJENJA proti COVID-19:**

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	Ali menite, da ste trenutno zdravi (pomeni da nimate povišane telesne temperature (nad 37), niste prehlajeni, ne kašljate, vas ne boli v grlu, žrelu, nimate spremenjen okus ali vonj, nimate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu, nimate bolečine v mišicah, nimate prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		
2.	Ali imate kakšno kronično bolezen? Če DA, obkrožite katero (astma, KOPB, arterijska hipertenzija, obolenja srca, revmatoidni artritis, rak, levkemija, epilepsija, obolenje kože, ulcerozni kolitis, Chronova bolezen, sladkorna bolezen, drugo).		
3.	Ali ste v zadnjih treh mesecih prejeli večje odmerke kortikosteroidov, zdravil proti raku ali imeli obsevanje? Če DA, kaj ste prejeli?		
4.	Ali ste v zadnjih 14 dneh opravili drugo cepljenje? Če DA, katero?		
5.	Ali ste preboleli COVID-19 ? Če DA, navedite datum pozitivnega testa.		

Izpolnil/a (PODPIS PACIENTA):

Pregledal/a: _____