

# САГЛАСНОСТ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ПРЕПОРУЧЕНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ (попуњава пацијент)



ИНСТИТУТ ЗА  
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ  
„Др Милан Јовановић Батут“

Држављанство 1) Република Србија | ЈМБГ \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_  
(назив страног држављанства) (бр. пасоша или ЕБС за стране држављане)

Презиме \_\_\_\_\_ | Име \_\_\_\_\_ | Име родитеља \_\_\_\_\_

Пол:  М,  Ж | Датум рођења \_\_\_\_\_ | Место рођења \_\_\_\_\_

Адреса (улица и број) \_\_\_\_\_ | Место/Насеље \_\_\_\_\_

Општина/Град \_\_\_\_\_ | Тел. фиксни \_\_\_\_\_

Тел. мобилни \_\_\_\_\_ | имејл \_\_\_\_\_

Радни статус:  запослен,  незапослен,  пензионер,  ученик,  студент,  дете

Занимање запосленог:  здравствена заштита,  социјална заштита,  просвета,  МУП,  Војска РС,  друго

Корисник установе соц. зашт.  ДА,  НЕ | Назив и општина седишта \_\_\_\_\_

Изјављујем да:  САГЛАСАН САМ,  НИСАМ САГЛАСАН (означити) са спровођењем активне/пасивне имунизације (уписати назив имунолошког лека): \_\_\_\_\_

Лекар ми је објаснио предности и ризике од спровођења активне/пасивне имунизације наведеним имунолошким леком.

Потпис пацијента или законског заступника пацијента

Датум:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ЕВИДЕНЦИЈА О ВАКЦИНАЦИЈИ ПРОТИВ COVID-19 (попуњава здравствени радник)

Здравствена установа \_\_\_\_\_ Вакцинацијски пункт \_\_\_\_\_

Име, презиме, факсимил и бр. телефона лекара: \_\_\_\_\_

Пре давања вакцине прегледати особу и упознати је са користима и о могућим нежељеним реакцијама после вакцинације. Обавезно уписати сваку дату вакцину и све тражене податке у овај образац и податке унети у лични картон о извршеним имунизацијама и здравствени картон.

Назив вакцине	Датум давања вакцине (V1 i V2)	Начин давања вакцине	Екстремитет	Серија вакцине (лот)	Произвођач	Нежељена реакција	Потпис лекара
		ИМ	1) ДР, 2) ЛР				
		ИМ	1) ДР, 2) ЛР				

Привремене контраиндикације  
(датум утврђивања и дијагноза):

Одлука комисије за трајне контраиндикације (ако постоји, уписати Да)

Напомена: Образац се чува као део медицинске документације пацијента.