****

**Ime in priimek prejemnika cepiva:** ……………………………………………………………............................................................

**Datum rojstva:** ......................................................................................................................

 *(lahko nalepka ZD Brežice)*

**PRIVOLITEV ZA CEPLJENJE PROTI COVID-19**

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](http://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** (imate povišano telesno temperaturo (nad 37), ste prehlajeni, kašljate, vas boli v grlu, žrelu, imete spremenjen okus ali vonj, imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu, imate bolečine v mišicah, imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)? |  |  |
| 2. | **Ali ste v zadnjih 6 mesecih preboleli COVID-19?** Če DA, kdaj vam je ugotovljen? |  |  |
| 3. | **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). |  |  |
| 4. | **Ali ste v zadnjih treh mesecih prejeli večje odmerke kortikosteroidov, zdravil proti raku ali imeli obsevanje?** Če DA, kaj ste prejeli?  |  |  |
| 5. | **Ali imate alergijo na jajca?** |  |  |
| 6. | **Ali imate alergijo na zdravila?** Če DA, na katero zdravilo? |  |  |
| 7. | **Ali ste imeli kdaj anafilaktično reakcijo po cepljenju?** |  |  |
| 8. | **Ali imate zdravila proti morebitni anafilaktični reakciji?**Če DA, katera? |  |  |
| 9. | **Ali imate alergijo na polietilen glikol (PEG)?** |  |  |
| 10. | **Ali jemljete imunosupresivna zdravila?** Če DA, katera? |  |  |
| 11. | **Ali ste v zadnjih 14 dneh opravili drugo cepljenje?** Če DA, katero? |  |  |
| 12. | **Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci)?** |  |  |

 **Izpolnil/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pregledal/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**