

## OBRAZAC ZA PRIJAVU SUMNJE NA NUSPOJAVU CJEPIVA za zdravstvene radnike

IME I PREZIME PRIJAVITELJA*	USTANOVA	ADRESA*	TELEFON/E-mail
-----------------------------	----------	---------	----------------

### I. PODACI O CJEPLJENOJ OSOBI

Inicijali*	Dob*	Spol*	Visina	Težina	Datum rođenja			Br. kartona
					dan	mjesec	godina	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž						

### II. PODACI O CJEPIVIMA

Br.	Naziv cjepiva**	Nositelj odobrenja	Serijski broj*	Datum isteka roka valjanosti	Način primjene	Mjesto primjene	Doza	Primijena doza**
1.								
2.								
3.								

\* Označiti zvjezdicom cjepivo za koje se sumnja da je izazvalo nuspojavu; \*\* Navesti koja je doza cjepiva u slijedu cijepjenja: prva, druga, treća...

Datum cijepjenja*	Datum nastanka nuspojave*	Vremenski interval od cijepjenja do nastanka nuspojave (minute, sati, dani, tjedni)	Datum prestanka nuspojave

### III. OPIS NUSPOJAVE

Dijagnoza nuspojave:

OPIS\* (simptomi, laboratorijski nalazi i liječenje nuspojave):

### IV. OSTALI VAŽNIJI ANAMNESTIČKI PODACI I STATUS

Prethodne reakcije na druge imunobiološke preparate ili lijekove, reakcije preosjetljivosti, epidemiološki podaci i sl.:

Oboljenja u trenutku cijepjenja:

### V. ISHOD NUSPOJAVE I UZROČNO-POS LJEDIČNA POVEZANOST

ISHOD NUSPOJAVE*:	OZNAČITE DA LI JE NUSPOJAVA DOVELA DO:	UZROČNO-POS LJEDIČNA POVEZANOST NUSPOJAVE I CJEPIVA:
<input type="checkbox"/> oporavak bez posljedica <input type="checkbox"/> oporavak s posljedicama <input type="checkbox"/> oporavak u tijeku <input type="checkbox"/> nuspojava u tijeku <input type="checkbox"/> smrt <input type="checkbox"/> nepoznato	<input type="checkbox"/> smrti <input type="checkbox"/> hospitalizacije ili produžetka hospitalizacije <input type="checkbox"/> invalidnosti/nеспosobnosti <input type="checkbox"/> ugrožavanja života <input type="checkbox"/> kongenitalne malformacije/prirodne mane	<input type="checkbox"/> sigurna/vrlo vjerojatna <input type="checkbox"/> vjerojatna <input type="checkbox"/> moguća <input type="checkbox"/> nije vjerojatna

\* OBVEZNI PODACI

Datum prijave:

Potpis (i faksimil) prijavitelja: