

ОБРАЗАЦ 6.

**САГЛАСНОСТ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ПРЕПОРУЧЕНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ
(попуњава пацијент)**

Држављанство 1) Република Србија ЈМБГ _____
2) _____,
(назив страног држављанства) (број 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 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	Редни број дозе	Датум давања вакцине	Начин давања вакцине (V1 V2)	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