

Здравствена установа која обавља послове јавног здравља за територију више општина,
односно града

СТРУЧНОМ ТИМУ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ ЗА ИМУНИЗАЦИЈУ
ОДРЕЂЕНОМ ВАКЦИНОМ

ЗАХТЕВ

ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ
ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ВАКЦИНОМ _____

1) ПАЦИЈЕНТ

_____	_____	_____
(име)	(име родитеља)	(презиме)
		М Ж
_____	_____	_____
(датум рођења)	(ЈМБГ)	(ПОЛ: заокружити)

_____	_____	
(улица и број)	(место и општина становања)	

Картон имунизације број: _____

Здравствени картон број: _____

Здравствена картица број: _____

2) ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

Доктор медицине:

(име и презиме доктора медицине који спроводи имунизацију)

(контакт телефон)

(здравствена установа у којој је запослен)

(вакцинални пункт)

(адреса установе)

(ел. адреса - телефон - факс)

3) ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ЗАХТЕВА

• Разлог за подношење захтева утврђен је дана: _____, у _____ часова.

• Захтев се подноси због следећег:

НАПОМЕНА о утврђеним дијагностичким налазима	
У	Заведено под бројем:

Датум подношења
захтева:

Потпис и факсимил
доктора медицине

МП

ПОТВРДА број _____/20____, дана: _____

Поступајући по захтеву, број: _____ од _____

(име и презиме доктора медицине који спровodi имунизацију)

(вакцинални пункт)

za utvrđivanje trajne kontraindikacije za imunizaciju:

(назив вакцине)

вакцином следећег пацијента:

(HME)

(име родитеља)

(презиме)

(датум рођења)	(ЈМБГ)	(пол: заокружити) М Ж
(улица и број)	(место и општина становања)	

Картон имунизације број: _____

Здравствени картон број: _____

Здравствена картица број: _____

При чему су наведени следећи разлози и приложена следећа документација:

[illegible]

издаје

ПОТВРДУ

1. o postojaњу	трајне контраиндикације за имунизацију (заокружити)	2. o nepostojaњу
----------------	--	------------------

(име)	(име родителя)	(презиме)
-------	----------------	-----------

(датум рођења)	(ЈМБГ)	пол (заокружити) М Ж
----------------	--------	----------------------

СЛЕДЕЋОМ ВАКЦИНОМ:

Образложење

Стручни тим даје следеће образложење о постојању, односно непостојању трајне контраиндикације за имунизацију

[illegible]

СТАЛНИ ЧЛАНОВИ:

1. Епидемиолог, координатор имунизације _____
(име и презиме, потпис и факсимил)
2. Доктор медицине, који је поднео захтев _____
(име и презиме, потпис и факсимил)
3. Педијатар _____
(име и презиме, потпис и факсимил)

ПОЗВАНИ ЧЛАНОВИ:

- | | | |
|----|-------|------------------------------------|
| 4. | _____ | (име и презиме, потпис и факсимил) |
| 5. | _____ | (име и презиме, потпис и факсимил) |
| 6. | _____ | (име и презиме, потпис и факсимил) |

(подносилац пријаве)

место _____ општина _____ управни округ _____
улица и број _____ телефон _____ факс _____
ел. адреса _____ број и датум под којим је заведена пријава _____

ПРИЈАВА ИМУНИЗАЦИЈЕ ПРОТИВ БЕСНИЛА

Име, име једног родитеља и презиме озлеђеног лица _____

Година рођења _____ ЈМБГ _____

Број картице здравственог осигурања _____

ЛБО (лични број осигураника) _____

Занимање _____ Адреса _____

Датум озледе _____ Место-Општина где је настало озлеђивање _____

Локализација озледе _____ Број озледа _____

Опис озледа лака ☐ тешка ☐ кроз одело ☐ контакт ☐ рана крварила ☐Ујед/озледа провоциран/а ☐ АТ заштита ☐ Редовна АТ заштита ☐Да ли је раније антирабично третиран да ☐ не ☐

Датум _____ Вакцина _____ Број доза _____

Врста животиње која је нанела озледу _____ Група А Б Ц Д

животиња жива ☐ животиња позната ☐ животиња вакцинисана ☐
животиња непозната ☐ животиња одлутала ☐ убијена ☐ угинула ☐

Власник животиње _____ Адреса _____

Дат налог за ветеринарски надзор ☐ Датум издавања налога _____

Датум пријема извештаја _____ Резултат надзора _____

Лабораторијски преглед на беснило ТФА(+) ☐ Биолошки оглед (+) ☐

Анамнеза _____

АНТИРАБИЧНИ ТРЕТМАН

Локална обрада ране датум _____ у здравственој установи _____

Начин обраде ране _____

Хумани антирабични имуноглобулин (ХРИГ)

Датум апликације _____ у здравственој установи _____

место апликације у и око ране ☐ у глутеални мишић ☐

Телесна маса пацијента _____ (кг) јединица ХРИГ-а _____ (И.Ј.)

Произвођач и серија ХРИГ-а _____

Нежељене реакције на ХРИГ _____

Вакцинација против беснила

Дани	Датум имунизације	Лот. Бр.	Назив вакцине	Примедба/реакције
0				
3				
7				
14				
21				
28				

Контрола имунитета _____ Датум контроле _____ Резултат _____ (И.Ј./мл)

у _____

Датум подношења пријаве _____

МП _____

Презиме, име и факсимил
доктора медицине _____

ДОМ ЗДРАВЉА _____

Образац 4.

ЗДРАВСТВЕНИ КАРТОН број _____

КАРТОН ИМУНИЗАЦИЈЕ број _____

ИМЕ _____ ИМЕ РОДИТЕЉА _____ ПРЕЗИМЕ _____ ПОЛ МЖ

ДАТУМ РОЂЕЊА _____ МЕСТО РОЂЕЊА _____ ЈМБГ _____ ЛБО _____

АДРЕСА СТАНОВАЊА _____ МЕСТО _____ ОПШТИНА _____

ШКОЛА _____ РАЗРЕД _____ АДРЕСА ШКОЛЕ _____

ОСНОВ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА _____ ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЦА број _____

Пре давања вакцине прегледати дете и упознати родитеља са користима и могућим нежељеним реакцијама после вакцинације. Проверити картон имунизације после сваке посете.

ОБАВЕЗНО уписати сваку дату вакцина и све тражене податке у овај картон, лични картон о извршеним имунизацијама, здравствени картон

ВАКЦИНАЦИЈА ПРОТИВ	ВАКЦИНА (званична скраћеница)	ДАТУМ ДАВАЊА ВАКЦИНЕ	НАЧИН ДАВАЊА ВАКЦИНЕ	ЕКСТРЕМИТЕТ Уписати ДР, ЛР, ДН, ЛН	СЕРИЈА ВАКЦИНЕ (лот)	ПРОИЗВОЂАЧ	НЕЖЕЉЕНА РЕАКЦИЈА (ДА/НЕ)	ПОТПИС ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ
ТУБЕРКУЛОЗЕ (БЦГ)			ИД					
ДИФТЕРИЈЕ, ТЕТАНУСА, ВЕЛИКОГ КАШЉА (ДТП, ДТаП, ДТ, ТдаП (ДТ), ТдаП (Тд), ТТ, у оквиру других комбинованих вакцина уписати компоненте)			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
ДЕЦИЈЕ ПАРАЛИЗЕ (БОПВ, ИПВ, у оквиру других комбинованих вакцина уписати компоненте)			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
МАЛИХ БОГИЊА, ЗАУШАКА И ЦРВЕНКЕ (РУБЕЛЕ) (ММР)			ИМ/СЦ					
			ИМ/СЦ					
ХЕПАТИТИСА Б (ХБ, ако се даје пасивна заштита уписати поред ХБ и ХБИГ)			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					

ВАКЦИНАЦИЈА ПРОТИВ	ВАКЦИНА (званична скраћеница)	ДАТУМ ДАВАЊА ВАКЦИНЕ	НАЧИН ДАВАЊА ВАКЦИНЕ	ЕКСТРЕМИ ТЕТ Уписати ДР, ЛР, ДН, ЛН	СЕРИЈА ВАКЦИНЕ (лот)	ПРОИЗВОЂАЧ	НЕЖЕЉЕНА РЕАКЦИЈА (ДА/НЕ)	ПОТПИС ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ
ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНИХ ХЕМОФИЛУСОМ ИНФЛУЕНЦЕ ТИП Б (Хиб)			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
ОБОЉЕЊА ИЗАЗВАНИХ СТРЕПТОКОКОМ ПНЕУМОНИЈЕ (ПЦВ 10 / ПЦВ 13)			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
			ИМ					
ДРУГИХ ОБОЉЕЊА (ХТИГ+ Тетанус вак. у случају повреде)								
ПРИВРЕМЕНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ (датум утврђивања и дијагноза)								
ОДЛУКА КОМИСИЈЕ ЗА ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ								

Скраћенице: ДР/ЛР (десна/лева рука), ДН/ЛН (десна/лева нога-натколеница), ИМ (интрамускуларно), СЦ (субкутано), ИД (интрадермално), О (орално)

Лични картон о извршеној имунизацији											
Име _____											
Име родитеља _____											
Презиме _____											
Датум рођења _____											
Матични број (ЈМБГ)											
Картон имунизације бр.											
Здравствена картица бр.											
Здравствени картон бр.											
Здравствена установа:											
М.П.											
Чувати уз здравствену картицу											

Вакцина		Датум имунизације	Овера
BCG			
DTaP	I		
	II		
	III		
	R 1		
(DT) TdaP	R 2		
(Td) TdaP	R 3		
TT(TdaP)	HTIG		
	R 4		
	R 5		
	R 6		
	R 7		
MMR	V		
	R		
Polio bOPV (IPV/bOPV)	I		
	II		
	III		
	R 1		
	R 2		
	R 3		
Hepatitis B	HBIG*		
	I		
	II		
	III		
Hem. Inf B	I		
	II		
	III		
	R I		
PCV10/PCV 13	I		
	II		
	III		
	R I		
Остале вакцине			

Здравствена установа:		
СТРУЧНИ ТИМ ЗА ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ		
ИЗДАЈЕ ПОТВРДУ БРОЈ: _____, Од: _____		
О УТВРЂЕНОЈ ТРАЈНОЈ КОНТРАИНДИКАЦИЈИ ЗА ПРИМЕНУ СЛЕДЕЋЕ ВАКЦИНЕ:		
ЕПИДЕМИОЛОГ КООРДИНАТОР:		
М.П.		ФАКСИМИЛ:
Здравствена установа:		
СТРУЧНИ ТИМ ЗА ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ		
ИЗДАЈЕ ПОТВРДУ БРОЈ: _____, Од: _____		
О УТВРЂЕНОЈ ТРАЈНОЈ КОНТРАИНДИКАЦИЈИ ЗА ПРИМЕНУ СЛЕДЕЋЕ ВАКЦИНЕ:		
ЕПИДЕМИОЛОГ КООРДИНАТОР:		
М.П.		ФАКСИМИЛ:
Здравствена установа:		
СТРУЧНИ ТИМ ЗА ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ		
ИЗДАЈЕ ПОТВРДУ БРОЈ: _____, Од: _____		
О УТВРЂЕНОЈ ТРАЈНОЈ КОНТРАИНДИКАЦИЈИ ЗА ПРИМЕНУ СЛЕДЕЋЕ ВАКЦИНЕ:		
ЕПИДЕМИОЛОГ КООРДИНАТОР:		
М.П.		ФАКСИМИЛ:
ОСТАЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ:	Датум:	Овера:
Вакцина, односно имуноглобулин:		

ПРИЈАВА - СУМЊА НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

*Иницијали пацијента: Адреса пацијента: Пол: ☐ М ☐ Ж *Датум рођења (ДД/ММ/ГОД): __/__/____ или старост: ☐☐ година ☐☐ месец ☐☐ дан или старосна група: ☐ < 1 године ☐ 1 до 5 година ☐ > 5 година	*Име и презиме извештача: Назив установе : Адреса: Телефон и ел. адреса: Датум када је пацијент пријавио нежељени догађај (ДД/ММ/ГОД): __/__/____ Датум пријаве (ДД/ММ/ГОД): __/__/____
---	---

Подаци о вакцинама						Дилуент (растварач)		
*Назив вакцине	*Датум и време вакцинације	*Начин и место примене	Доза по реду (1, 2, нгд.)	*Број серије	Датум истека рока трајања	*Број серије	Датум истека рока трајања	Време реконституције препарата

Означити звездицом вакцину за коју се сумња да је узрок АЕФИ

*Нежељени догађај (и): ☐ Тешка локална реакција ☐ Конвулзије ☐ Абсцес ☐ Сепса ☐ Енцефалопатија ☐ Токсични шок синдром ☐ Тромбоцитопенија ☐ Анафилакса ☐ Пирексија $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ☐ Друго (навести)..... ☐ ≥ 3 дана ☐ прелази границу најближег зглоба ☐ фебрилне ☐ афебрилне Датум и време настанка нежељеног догађаја (ДД/ММ/ГОД): __/__/____ ☐☐ сат ☐☐ минут	Опис нежељеног догађаја (симптоми и знаци): Примењена корективна терапија:
*Озбиљан: Да / Не ; → Ако је ДА ☐ Смрт ☐ Животна угроженост ☐ Хоспитализација ☐ Трајно оштећење/Инвалидност ☐ Конгенитална аномалија *Исход: ☐ Опоравак без последица ☐ Опоравак са последицама ☐ Опоравак у току ☐ Нема опоравка ☐ Непознато ☐ Смрт → датум смрти (ДД/ММ/ГОД): __/__/____ Обдукција урађена: ☐ Да ☐ Не ☐ Непознато	
Важни анамнестички подаци (укључујући сличне реакције или друге алергије), остала истовремено примењивана терапија и друге релевантне информације:	
Користити додатни папир уколико је потребно. Попуњава завод односно институт за јавно здравље	

Потребно истраживање: ☐ Да ☐ Не	Уколико јесте, датум када је планирано истраживање (ДД/ММ/ГОД): __/__/____
---	---

Попуњава Агенција за лекове и медицинска средства Србије

Датум када је случај примљен у Заводу (ДД/ММ/ГОД): __/__/____	ЛЕФИ јединствени ИД :
Коментари:	

*Обавезни подаци

ЗАКЉУЧАК СТРУЧНОГ ТИМА О УТВРЂЕНОЈ ТЕЖОЈ НЕЖЕЉЕНОЈ РЕАКЦИЈИ ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ ПОЈЕДИНИХ ЛИЦА ОДРЕЂЕНОМ ВАКЦИНОМ

(Zdravstvena ustanova koja obavlja poslove javnog zdravlja osnovana za teritoriju više opština, odnosno grada)

СТРУЧНИ ТИМ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТРАЈНЕ
КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ
ЗА ИМУНИЗАЦИЈУ ОДРЕЂЕНОМ ВАКЦИНОМ

ЗАКЉУЧАК БРОЈ: _____ / 20__ __, дана: _____, _____
(место)

Поступајући по захтеву, број: _____ од _____

koji je podneo stručni tim Zdravstvene ustanove koja obavlja poslove javnog zdravlja osnovane za teritoriju više opština, odnosno grada

(адреса установе)

(телефон – факс- ел. адреса)

za utvrđivanje teže neželjene reakcije posle imunizacije vakcinom (naziv vakcine) sledećeg pacijenta:

(име)

(име родителѝа)

(презиме)

датум рођења

JMBG

ПОЛ (заокружити): М Ж

(улица и број)

(место и општина становања)

Картон имунизације број:

Здравствени картон број:

Здравствена картица број:

при чему су наведени следећи разлози и приложена следећа документација:

[illegible]

Стручни тим за утврђивање трајне контраиндикације за имунизацију одређеном вакцином образован за подручје надлежне здравствене установе _____ доноси

ЗАКЉУЧАК

1. o utvrđenoj

2. о неутврђеној

тежој нежељеној реакцији код пацијената

(име)

(име родитеља)

(презиме)

датум рођења

JMBГ

пол (заокружити): М Ж

после имунизације СЛЕДЕЋОМ ВАКЦИНОМ _____

Образложење:

Стручни тим даје следеће образложење о утврђеној, односно неутврђеној тежој нежељеној реакцији

[illegible]

СТАЛНИ ЧЛАНОВИ:

1. Епидемиолог координатор имунизације _____
(име и презиме: потпис и факсимил)

2. Епидемиолог координатор имунизације _____
(име и презиме: потпис и факсимил)

3. Епидемиолог координатор имунизације _____
(име и презиме: потпис и факсимил)

ПОЗВАНИ ЧЛАНОВИ:

4. _____
(име и презиме: потпис и факсимил)

5. _____
(име и презиме; потпис и факсимил)

6. _____
(име и презиме: потпис и факсимил)

II. ПОДАЦИ О СУСПЕКТНОЈ ВАКЦИНИ, ОДНОСНО ИМУНОБИОЛОШКОМ ПРЕПАРАТУ

14. Суспектна вакцина (заштићено име)	15. Произвођач	16. Број серије, односно рок употребе
17. Датум примене вакцине	18. Доза (количина дате вакцине)	19. Начин давања IM SC ID Орално Друго _____
20. Број претходних доза и датум када су дате		21. Да ли је код пацијента било појаве неких симптома болести после примене претходних доза

III. ПОДАЦИ О ИСТОВРЕМЕНО КОРИШЋЕНИМ ВАКЦИНАМА, ИМУНОБИОЛОШКИМ ПРЕПАРАТИМА ИЛИ ЛЕКОВИМА

22. Истовремено коришћене вакцине, имунобиолошки препарати или лекови (искључују се они који су коришћени за третман нежељене реакције)					
Заштићено име 1. 2. 3.	Произвођач	Број серије	Доза	Начин давања	Датум/период давања

IV. ПОДАЦИ ОД ЗНАЧАЈА ЗА ПОЈАВУ НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ

23. Породична анамнеза, алергије, трудноћа са датумом последње менстр. итд.

V. ОСТАЛИ ПОДАЦИ

24а. Назив и адреса произвођача суспектне вакцине, имунобиолошког препарата		(Код клиничке студије навести број протокола, број одобрења и назив):
24ц. Датум када је произвођач добио пријаву нежељене реакције	24б. Број серије вакцине, препарата	
	Извор података: Клиничка студија Здравствени стручњак Остало (навести) _____	
Датум достављања пријаве Агенцији за лекове и медицинска средства	25. Врста пријаве Прва Наредна	