

ЗАХТЕВ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТЕЖЕ НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

Стручном тиму за утврђивање теже нежељене реакције после имунизације одређеном вакцином

(Здравствена ustanova koja obavlja poslove javnog zdravlja osnovana za teritoriju vise opština, odnosno grada)

Захтев број: _____, _____, _____
(Датум) (Место)

за утврђивање теже нежељене реакције после имунизације следећом вакцином

_____ (назив вакцине)

код следећег пацијента

име и презиме: _____ пол ☐ М ☐ Ж

датум рођења: _____ ЈМБГ: _____

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

Подносилац захтева:

(име и презиме доктора медицине, потпис и факсимил)

здравствена установа

(Адреса установе, телефон и е-маил)

при чему су наведени следећи разлози и приложена следећа документација

[illegible]