

VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU PRED CEPLJENJEM IN IZJAVA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Telefon: _____

Spoštovani!

Gripa ni »viroza«, niti prehlad, temveč resna in nevarna bolezen. V primeru ujemanja predvidenega tipa virusa s cepivom, ki je letos v uporabi (kar ni nujno, je pa običajno), je verjetnost, da boste pridobili imunost 65 – 92%.

Vljudno vas prosimo, da izpolnite vprašalnik o vašem zdravstvenem stanju pred cepljenjem v naši ustanovi in podpišete privolitev v cepljenje.

Ali menite, da ste trenutno zdravi?	DA	NE
Izmerjena telesna temperatura		
Ali imate izcedek iz nosu?	DA	NE
Ali kašljate?	DA	NE
Ali vas boli grlo?	DA	NE
Ali imate občutek pomanjkanja zraka, težko dihanje?	DA	NE
Ali imate bolečine v mišicah?	DA	NE
Ali ste bili v zadnjih 14 dneh v stiku z osebo, okuženo s COVID-19?	DA	NE
Ali ste v zadnjih 3 tednih preboleli kakšno bolezen ali jemali kakšna zdravila (antibiotike)? Če DA, kaj ste preboleli/jemali? _____	DA	NE
Ali imate kakšno kronično bolezen? Če DA, obkrožite katero (astma, KOPB, arterijska hipertenzija, obolenje srca, revmatoidni artritis, rak, levkemija, epilepsija, obolenje kože, drugo: _____)	DA	NE
Ali ste noseči?	DA	NE
Ali imate alergijo na jajca?	DA	NE
Ali ste imeli kdaj hujšo reakcijo po cepljenju? Če DA, kakšno? _____	DA	NE

S podpisom potrjujem, da želim aplikacijo cepiva. Privolitev dajem prostovoljno.

Podpis in žig zdravnika:

Podpis pacienta:

Datum: _____