

SAGLASNOST ZA SPROVODJENJE PREPORUCENE IMUNIZACIJE

(popunjava pacijent)



ИНСТИТУТ ЗА
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„Др Милан Јовановић Батут“

Drzavljanstvo 1) Republika Srbija | JMBG 0505000111111

2) Strano drz. | Br. pasosa

Prezime Hrvotic | **Ime** Srba | **Ime roditelja** Gojko

Pol: Muski | **Datum rođenja** 2000-05-04 | **Mesto rođenja** Becej

Adresa (ulica i broj) Splitska 50 | **Mesto/Naselje** Becej

Opština/Grad Becej | **Tel. fiksni** 011696969

Tel. mobilni 069420420 | **email** srbo@mail.rs

Radni status: Zaposlen

Zanimanje zaposlenog: Zdravstvena zastita

Korisnik ustanove soc. zast. Ne | **Naziv i opština sedista**

Izjavljujem da: SAGLASAN SAM, sa sprovođenjem aktivne/pasivne imunizacije (naziv imunoloskog leka): SARS-CoV-2 Vakcinaciono sredstvo za imunizaciju ljudskog organizma, tzv. Pfizer

Lekar mi je objasnio prednosti i rizike od sprovođenja aktivne/pasivne imunizacije navedenim imunoloskim lekom.

EVIDENCIJA O VAKCINACIJI PROTIV COVID-19

(popunjava zdravstveni radnik)

Zdravstvena ustanova **Vakcinski punkt Novi Sad** Vakcinacijski punkt **Punkt 1**

Ime, prezime, faksimil i br. telefona lekara: **Edita, Stokic, 069666666**

Pre davanja vakcine pregledati osobu i upoznati je sa koristima i o mogucim nezeljenim reakcijama posle vakcinacije. Obavezno upisati svaku datu vakcinu i sve trazene podatke u ovaj obrazac i podatke uneti u licni karton o izvršenim imunizacijama i zdravstveni karton.

| Naziv vakcine | Datum davanja vakcine | Ekstremitet | Seriya vakcine (lot) | Proizvodjac | Nezeljena reakcija | Potpis lekara |
|---------------|-----------------------|-------------|----------------------|-----------------|--------------------|---------------|
| Pfizer | 2021-05-04 | DR | EN1193 | Pfizer-BioNTech | Glavobolja, reuma | |
| Pfizer | 2021-05-25 | DR | EN1193 | Pfizer-BioNTech | Bol u ruci | |

Napomena: Obrazac se cuva kao deo medicinske dokumentacije pacijenta.