

# САГЛАСНОСТ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ПРЕПОРУЧЕНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ (попуњава пацијент)



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО  
ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ „Др  
Милан Јовановић Батут“

Држављанство 1) Република Србија | ЈМБГ 1234567891234

2). \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
(назив страног држављанства) (бр. пасоша или ЕБС за стране држављане)

Презиме Filipovic | Име Dragana | Име родитеља Slobodan

Пол ☐ М, ☒ Ж, | Датум рођења 2021-12-24 | Место рођења Doboј

Адреса (улица и број) Boze Kuzmanovica 82 | Место/Насеље Klisa

Општина/Град Novi Sad | Тел. фиксни 0212672829

Тел. мобилни 0652527924 | Имејл dragana@gmail.com

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 Novi Sad

Изјављујем да: ☒ САГЛАСАН САМ ☐ НИСАМ САГЛАСАН (означити) с спровођењем активне/пасивне имунизације (уписати назив имунолошког лека): Pfizer, BioNTech

Лекар ми је објаснио предности и ризике од спровођења активне/пасивне имунизације наведеним имунолошким леком.

Потпис пацијента или законског заступника пацијента \_\_\_\_\_ Датум: 2021-06-11

## ЕВИДЕНЦИЈА О ВАКЦИНАЦИЈИ ПРОТИВ COVID-19 (попуњава здравствени радник)

Здравствена установа Dom zdravlja Novi Sad Вакцинацијски пункт Promenada

Име, презиме, факсимил и бр. телефона лекара: Pera Peric 06532984920

Пре давања вакцине прегледати особу и упознати је са користима и о 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	Датум давања вакцине (V1 i V2)	Начин давања вакцине	Екстремитет	Серија вакцине (лот)	Произвођач	Нежељена реакција	Потпис лекара
Pfizer, BioNTech	2021-06-11	IM	<input checked="" type="checkbox"/> ДР, I) ЛР	FC3098	BioNTech	mucnina	

Привремене контраиндикације (датум утврђивања и дијагноза): \_\_\_\_\_

Одлука комисије за трајне контраиндикације (ако постоји, уписати Да) \_\_\_\_\_

Напомена: Образац се чува као део медицинске документације пацијента.