



6252

CEPILNI VPRAŠALNIK

IZPOLNI CEPLJENI NA CEPILNEM MESTU

Priimek in ime:

Klinika / Center / Služba:

Datum rojstva:

Klinični oddelek:

Status: zaposleni v UKCL drugo

Kontraindikacije (označite)	Zdravstveno stanje pred cepljenjem (označite):
DA / NE Anafilaktična reakcija v anamnezi	<input type="checkbox"/> Sem zdrav / zdrava
DA / NE Antikoagulantno zdravljenje	<input type="checkbox"/> Imam vročino
	<input type="checkbox"/> Imam simptome akutne okužbe
	<input type="checkbox"/> Drugo (navedite):

Potrdujem, da sem prejel vse potrebne informacije v zvezi s potekom cepljenja, cepivom, učinki cepljenja, verjetnostjo uspeha, koristih in tveganjih cepljenja, neželenih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih cepljenja, vključno s posledicami njegove opustitve, vedenjem po cepljenju. Potrdujem tudi, da sem na cepilnem mestu lahko postavljaj vprašanja in nanje dobil odgovore ter s podpisom potrjujem, da privolim v cepljenje proti Covid 19.

Podpis cepljene osebe:

*Ime in priimek ter podpis zakonitega zastopnika:

* Uporablja se pri osebah, ki niso same sposobne privolitve (npr. otrok do 15 leta starosti).

IZPOLNI ZDRAVSTVENI DELAVEC, KI JE ČLAN CEPILNE EKIPE

Datum cepljenja:

Čas (ura, min.) cepljenja

Mesto cepljenja:

Cepivo:

 leva rama desna rama drugo:

.....

 Comirnaty mRNA cepivo proizvajalca Pfizer/BioNTech Spikevax cepivo proizvajalca Moderna Prvi odmerek Drugi odmerek Tretji odmerek

Podpis člana cepilne ekipe: