

**VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA PRED CEPLJENJEM
IN IZJAVA STARŠA/SKRBNIKA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE¹**

Ime in priimek otroka: _____

Ime in priimek starša/skrbnika: _____

Datum rojstva otroka: _____

Spoštovani!

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

	DA	NE
Ali menite, da je otrok trenutno zdrav?		
Ali je otrok v zadnjem tednu preboleli kakšno bolezen ali imeli povišano tel. temperaturo nad 38 ° C? Če DA, kaj je prebolel? _____		
Ali ima otrok alergijo na zdravila? Če DA, na katero zdravilo? _____		
Ali ima otrok drugo znano alergijo? Če DA, na kaj? _____		
Ali je otrok imeli kdaj hujšo reakcijo po cepljenju? Če DA, kakšno? _____		
Ali je bil otrok v zadnjih 14 dneh cepljen proti katerikoli bolezni?		
Ali je otrok prebolel COVID-19, ki je bil potrjen s PCR testom? Če DA, kdaj? _____		

Strinjam se z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ². Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta ustna pojasnila. Otrok se bo cepil proti (ustrezno obkrožite):

- COVID-19, odmerek _____
- Gripi
- Klopnemu meningoencefalitisu (KME), odmerek _____
- Drugo: _____

Podpis starša/skrbnika:

Žig ustanove:

Podpis in žig zdravnika:

Datum: _____

Ime cepiva, odmerek, način aplikacije, mesto in ura cepljenja (izpolni zdr. osebj):

Zakonske podlage

Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, 49/20 – ZIUZEOP, 142/20 in 175/20 – ZIUOPDVE), Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Ur. list št. 43/2011), Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Ur. list RS, št. 74/99, 92/2006, 10/2011) in Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za tekoče leto.

¹ Fotokopijo izjave o privolitvi prejme pacient na njegovo zahtevo

² <http://www.nijz.si/sl/pojasnilna-dolznost-pred-cepljenjem>