

VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU PRED CEPLJENJEM  
IN IZJAVA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE<sup>1</sup>

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Spoštovani!

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
Ali ste v zadnjih 3 tednih preboleli kakšno bolezen ali jemali zdravila (antibiotike)? Če DA, kaj ste preboleli/jemali? _____	DA	NE
<b>Ali imate kakšno kronično bolezen?</b> Če DA, obkrožite katero (astma, KOPB, arterijska hipertenzija, obolenje srca, revmatoidni artritis, rak, levkemija, epilepsija, obolenje kože, drugo). _____	DA	NE
<b>Ali ste v zadnjih 3 mesecih prejeli večje odmerke kortikosteroidov, zdravil proti raku ali imeli obsevanje?</b> Če DA, kaj ste prejeli? _____	DA	NE
Ali imate alergijo na jajca?	DA	NE
Ali imate alergijo na zdravila? Če DA, na katero zdravilo? _____	DA	NE
Ali ste imeli kdaj hujšo reakcijo po cepljenju? Če DA, kakšno? _____	DA	NE

Strinjam se z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ<sup>2</sup>. Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta ustna pojasnila.

Cepil/a se bom proti (ustrezno obkrožite):

- gripi
- klopnemu meningoencefalitisu (KME), odmerek \_\_\_\_\_
- tetanusu
- drugo: \_\_\_\_\_

Podpis in žig zdravnika:

Podpis pacienta/pacientke:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Žig ustanove:

Datum: \_\_\_\_\_

Zakonske podlage

Zakon o nalezljivih boleznih (Ur. list RS št. 33/2006 UPB), 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.

<sup>1</sup> Fotokopijo izjave o privolitvi prejme pacient na njegovo zahtevo

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

**IZPOLNI ZDRAVNIK**

Dodatna anamneza:

Status:

Ime cepiva, način aplikacije, mesto cepljenja:

Podpis in žig zdravnika:

---