PRIJAVA NEŽELJENE REAKCIJE

NAKON VAKCINACIJE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I PODACI O PACIJENTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prezime i ime**  **JMBG** | | | **Visina**  **cm** | **Težina**  **kg** | | **Uzrast (mjeseci/godine)** | **Datum rođenja**  **(Dan, mjesec, godina)** | | | | **Pol** | | | **Mjesto (opština) stanovanja** | | **Adresa** | | **Telefon** |
|  | | |  |  | |  |  |  | |  | **M** | **Ž** | |  | |  | |  |
| **II PODACI O VAKCINI I RASTVARAČU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Br.** | **Naziv vakcine / rastvarača \*** | **Datum vakcinacije** | | | **Nosilac dozvole (Proizvodjač)** | | | | **Serijski broj** | | | | **Datum isteka roka trajanja** | | **Način primjene i**  **mjesto primjene \*\*** | | **Veličina Doze (ml/i.j.)** | **Primljena doza po redu \*\*\*** |
| 1. |  |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | |  |  |
| 2. |  |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | |  |  |
| 3. |  |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | |  |  |
| 4. |  |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | |  |  |

***\* Označiti zvjezdicom vakcinu na koju se sumnja da je izazvala neželjenu reakciju (BCG, DTP, DTaP,DTaP-IVP, DTaP-IVP-Hib,DT, dT,OPV, IVP, Hib, HepB..)***

***\*\* Upisati način primjene: im sc id per os i*** *M jesto primjene: deltoidni region (desno ili lijevo); anterolateralni dio butine (desno ili lijevo)...*

***\*\*\* Doza po redu - a)*** ***vakcinacija:*** *prva, druga, treća* ***ili b) revakcinacija:*** *prva, druga, treća ...*

|  |
| --- |
| III OPIS NEŽELJENOG DEJSTVA |
| **UZGREDNE POJAVE NASTALE DANA ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )**  **LOKALNE:**  CRVENILO da ne nepoznato (prečnik u cm \_\_\_\_\_ ) BOL da ne nepoznato  OTOK da ne nepoznato (prečnik u cm \_\_\_\_\_ ) APSCES da ne nepoznato  BCG LIMFADENITIS da ne nepoznato DRUGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **OPŠTE: INTERVAL OD MOMENTA VRIJEME TRAJANJA**  **DAVANJA VAKCINE DO NUSPOJAVE**  **JAVLJANJA NUSPOJAVA**  POVIŠENA TEMPERATURA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  IZMJERENA TEMPERATURA (rektalna ili aksilarna ili oralna ili kožna) \_\_\_\_\_\_\_\_ oC  ANAFILAKTIČKA REAKCIJA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  GENERALIZOVANA URTIKARIJA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  BRONHOSPAZAM da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  OTOK LICA I / ILI VRATA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  PERZISTENTNI PLAČ da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  HIPOTONIJA (KOLABIRAJUĆE STANJE) da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  AKUTNA FLAKCIDNA PARALIZA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  KONVULZIJE da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  MENINGITIS da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  ENCEFALITIS / -PATIJA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  POVEĆANJE PAROTIDA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  MAKULOPAPULOZNA OSPA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  TROMBOCITOPENIJA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  OSTALO, NAVESTI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova  AKO NIJE MOGUĆE KLASIFIKOVATI NEŽELJENU REAKCIJU U GORE NAVEDENE KATEGORIJE, NEOPHODNO JE DA SE NEŽELJENA REAKCIJA OPIŠE ŠTO DETALJNIJE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **IV PREDUZETE MJERE** |
| PREDUZETA TERAPIJA ( AMBULANTNO) Adrenalin ( im / iv) DA NE Antihistaminik ( im/iv) DA NE  Kortikosteroid ( im / iv) DA NE Drugo, navesti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DA LI JE ZBOG NEŽELJENE REAKCIJE IZVRŠENA HOSPITALIZACIJA: DA NE  AKO JESTE, NAVESTI NAZIV USTANOVE-BOLNICE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I KADA: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    BROJ ISTORIJE BOLESTI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| V OSTALI VAŽNIJI ANAMNESTIČKI PODACI I STATUS | |
| PRETHODNE REAKCIJE NA DRUGE IMUNOBIOLOŠKE PREPARATE: | |
| OBOLJENJA / STANJA KOD PACIJENTA PRISUTNA U TRENUTKU VAKCINACIJE: | |
| VI ISHOD NEŽELJENE REAKCIJE I UZROČNO POSLJEDIČNA POVEZANOST | |
| **ISHOD:** | **UZROČNO POSLJEDIČNA POVEZANOST NEŽELJENOG DEJSTVA I VAKCINE:** |
| □ oporavak bez posljedica  □ oporavak s trajnim posljedicama, opisati: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ u toku je obrada – tretman  □ smrt  □ nepoznato | □ sigurna  □ vjerovatna  □ moguća  □ nije vjerovatna |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VII PODACI O IZVJESTIOCU | | | | |
| **PREZIME I IME LJEKARA** | USTANOVA | OPŠTINA | **TELEFON:** | DATUM PRIJAVE |
|  |  |  | **e-mail:** |  |
| POTPIS LJEKARA, FAKSIMIL I PEČAT | | | **DATUM PODNOŠENJA PRIJAVE NEŽELJENE REAKCIJE**    **( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )** | |

|  |
| --- |
| **VIII OSTALE NAPOMENE** |
|  |