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 nepoznatoOTOK da ne nepoznato (prečnik u cm \_\_\_\_\_ ) APSCES da ne nepoznatoBCG LIMFADENITIS da ne nepoznato DRUGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**OPŠTE: INTERVAL OD MOMENTA VRIJEME TRAJANJA**  **DAVANJA VAKCINE DO NUSPOJAVE** **JAVLJANJA NUSPOJAVA** POVIŠENA TEMPERATURA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaIZMJERENA TEMPERATURA (rektalna ili aksilarna ili oralna ili kožna) \_\_\_\_\_\_\_\_ oCANAFILAKTIČKA REAKCIJA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaGENERALIZOVANA URTIKARIJA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaBRONHOSPAZAM da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaOTOK LICA I / ILI VRATA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaPERZISTENTNI PLAČ da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaHIPOTONIJA (KOLABIRAJUĆE STANJE) da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaAKUTNA FLAKCIDNA PARALIZA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaKONVULZIJE da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaMENINGITIS da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaENCEFALITIS / -PATIJA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaPOVEĆANJE PAROTIDA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaMAKULOPAPULOZNA OSPA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaTROMBOCITOPENIJA da ne nepoznato \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaOSTALO, NAVESTI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ časova \_\_\_\_\_\_\_ časovaAKO 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** |
|  |