Образац 2

_____

(Здравствена установа која обавља послове јавног здравља основана за територију више општина, односно града)

СТРУЧНИ ТИМ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТРАЈНЕ КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ ЗА ИМУНИЗАЦИЈУ ОДРЕЂЕНОМ ВАКЦИНОМ

ПОТВРДА БРОЈ: _____ / 20__ __, дана: _____

_____

(место)

Поступајући по захтеву, број: ___, од ___

који је поднео лекар: _____,

(презиме и име лекара који спроводи имунизацију)

запослен у _____, _____,

(здравствена установа) (вакцинални пункт)

за утврђивање трајне контраиндикације за имунизацију: ☐

(назив вакцине)

вакцином следећег пацијента:

(презиме)	(име родитеља)	(име)

(датум рођења)	(ЈМБГ)	(ПОЛ: заокружити)
		☐ ☐

(Улица и број)	(место и општина становања)

Картон имунизације број: _____

Здравствени картон број: _____

Здравствена картица број: _____

при чему су наведени следећи разлози и приложена следећа документација:

Стручни тим за утврђивање трајне контраиндикације за имунизацију одређеном вакцином образован за подручје здравствене установе која обавља послове јавног здравља основане за територију више општина, односно града

_____ издаје

ПОТВРДУ

1. о постојању	☐ 2. о непостојању

☐ трајне контраиндикације за имунизацију
(заокружити)

_____ (презиме) _____ (име родитеља) _____ (име)

		М	Ж
(датум рођења)	(ЈМБГ)	(ПОЛ: заокружити)	

СЛЕДЕЋОМ ВАКЦИНОМ: .

_____

Образложење

Стручни тим даје следеће образложење о постојању, односно непостојању трајне контраиндикације за имунизацију

СТАЛНИ ЧЛАНОВИ:	ПОЗВАНИ ЧЛАНОВИ:
1. ЕПИДЕМИОЛОГ КООРДИНАТОР ИМУНИЗАЦИЈЕ	4.
(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)	(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)
2. ЛЕКАР КОЈИ ЈЕ ПОДНЕО ЗАХТЕВ	5.
(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)	(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)
3. ПЕДИЈАТАР/ИНТЕРНИСТА/ СПЕЦ.ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ	6.
(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)	(ПРЕЗИМЕ И ИМЕ: ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)