

ПРИЈАВА НЕЖЕЉЕНОГ ДОГАЂАЈА ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ (ИДЕНТИФИКАЦИОНИ БРОЈ ___)

*Иницијали пацијента: Адреса пацијента: Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж *Датум рођења (ДД/ММ/ГОД): ___/___/___ или старост:		*Име и презиме извештача: Назив установе: Адреса: Телефон и ел. пошта: Датум када се пацијент јавио здравственој служби (ДД/ММ/ГОД): ___/___/___ Датум пријаве (ДД/ММ/ГОД): ___/___/___						
Здравствена установа у којој је имунизација спроведена:								
Подаци о вакцинама		Подаци о растварачу						
*Назив вакцине	*Датум и време вакцинације	*Начин и место примене	Доза по реду	*Број серије	Датум истека рока трајања	*Број серије	Датум истека рока трајања	Време растварања
Означити звездицом вакцину за коју се сумња да је узрок нежељеног догађаја								
*Нежељени догађај (и): <input type="checkbox"/> Тешка локална реакција (трајање > 3 дана и/или прелази границу најближег зглоба) <input type="checkbox"/> Конвулзиј <input type="checkbox"/> фебрилне <input type="checkbox"/> афебрилне <input type="checkbox"/> Апсцес <input type="checkbox"/> Сепса <input type="checkbox"/> Енцефалопатија <input type="checkbox"/> Токсични шок синдром <input type="checkbox"/> Тромбоцитопенија <input type="checkbox"/> Анафилакса <input type="checkbox"/> Уртикарија <input type="checkbox"/> Пирексија $\geq 38^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Друго (навести)..... Датум и време настанка нежељеног догађаја (ДД/ММ/ГОД): ___/___/___ <input type="checkbox"/> сат <input type="checkbox"/> минут					Опис нежељеног догађаја (симптоми и знаци): Примењена терапија:			
*Озбиљан: Да/Не ; → Ако је ДА <input type="checkbox"/> Смрт <input type="checkbox"/> Животна угроженост <input type="checkbox"/> Инвалидитет <input type="checkbox"/> Хоспитализација <input type="checkbox"/> Конгенитална аномалија								
*Исход: <input type="checkbox"/> Опоравак у току <input type="checkbox"/> Опоравак без последица <input type="checkbox"/> Опоравак са последицама <input type="checkbox"/> Непознато <input type="checkbox"/> Смрт → датум смрти (ДД/ММ/ГОД): ___/___/___ Обдукција урађена: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Непознато								
Важни анамнестички подаци (укључујући сличне реакције или друге алергије), остала истовремено примењивана терапија и друге релевантне информације (користити додатни папир уколико је потребно):								
Попуњава Институт/Завод за јавно здравље								
Потребно истраживање: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не Уколико јесте, датум када је планирано истраживање (ДД/ММ/ГОД): ___/___/___								
Попуњава Агенција за лекове и медицинска средства Србије Датум када је пријава примљена у АЛИМС (ДД/ММ/ГОД): ___/___/___					Нежељени догађај (идентификациони број):			

*Обавезни подаци