

ЗАХТЕВ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ТЕЖЕ НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

Стручном тиму за утврђивање теже нежељене реакције после имунизације одређеном вакцином

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

Захтев број: _____, _____, _____
(Датум) (Место)

за утврђивање теже нежељене реакције после имунизације следећом вакцином

_____ (назив вакцине)

код следећег пацијента

име и презиме: _____ **пол** М Ж

датум рођења: _____ **ЈМБГ:** _____

адреса становања _____
(улица и број, место, општина)

Подносилац захтева:

_____ (име и презиме доктора медицине, потпис и факсимил)

здравствена установа _____

_____ (Адреса установе, телефон и е-маил)

при чему су наведени следећи разлози и приложена следећа документација

--