

**ЗАКЉУЧАК СТРУЧНОГ ТИМА  
О УТВРЂЕНОЈ ТЕЖОЈ НЕЖЕЉЕНОЈ РЕАКЦИЈИ ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ**

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

Закључак број: \_\_\_\_\_ / 20\_\_ \_\_, дана: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (Место)

Поступајући по захтеву, број: \_\_\_\_\_ од \_\_\_\_\_ (датум подношења)

**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)

Који је поднео \_\_\_\_\_ (име и презиме доктора медицине)

здравствена установа \_\_\_\_\_

адреса установе, телефон и е-маил \_\_\_\_\_

при чему су наведени следећи разлози и приложена следећа документација

Стручни тим за утврђивање теже нежељене реакције основан за подручје надлежне здравствене установе доноси **ЗАКЉУЧАК**

1. О УТВРЂЕНОЈ    2. О НЕУТВРЂЕНОЈ    ТЕЖОЈ НЕЖЕЉЕНОЈ РЕАКЦИЈИ

Стручни тим даје следеће образложење о утврђеној, односно неутврђеној тежој нежељеној реакцији:

--

Стални чланови (име и презиме, потпис и факсимил)	Позвани чланови (име и презиме, потпис и факсимил)
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
Доктор медицине који је поднео захтев	