

**САГЛАСНОСТ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ПРЕПОРУЧЕНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ**  
(попуњава пацијент)

Држављанство 1) Република Србија ЈМБГ \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_,  
(назив страног држављанства) (број пасоша или ЕБС за стране држављане)

Презиме \_\_\_\_\_ Име \_\_\_\_\_ Име родитеља \_\_\_\_\_

Пол  М,  Ж Датум рођења \_\_\_\_\_ Место рођења \_\_\_\_\_

Адреса (улица и број) \_\_\_\_\_, Место/насеље \_\_\_\_\_

Општина/град \_\_\_\_\_, Тел. фиксни \_\_\_\_\_

Тел. мобилни \_\_\_\_\_, имејл \_\_\_\_\_

Радни статус  запослен,  незапослен,  пензионер,  ученик,  студент,  дете

Занимање запосленог:  здравствена заштита,  социјална заштита,  просвета,  МУП,  
 Војска РС,  друго

Корисник установе соц. зашт.  ДА,  НЕ Назив и општина седишта \_\_\_\_\_

Изјављујем да:  САГЛАСАН САМ,  НИСАМ САГЛАСАН (означити) са спровођењем  
активне/пасивне имунизације (уписати назив имунолошког лека): \_\_\_\_\_.

**Лекар ми је објаснио предности и ризике од спровођења активне/пасивне имунизације  
наведеним имунолошким леком.**

Потпис пацијента или законског заступника пацијента \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----  
**ЕВИДЕНЦИЈА О ВАКЦИНАЦИЈИ ПРОТИВ COVID-19**  
(попуњава здравствени радник)

Здравствена установа \_\_\_\_\_, Вакцинацијски пункт \_\_\_\_\_

Име, презиме, факсимил и бр. телефона лекара: \_\_\_\_\_

Пре давања вакцине прегледати особу и упознати је са користима и могућим нежељеним реакцијама после вакцинације. Обавезно уписати сваку дату вакцину и све тражене податке у овај образац и податке унети у лични картон о извршеним имунизацијама и здравствени картон.

Назив вакцине	Редни број дозе	Датум давања вакцине	Начин давања вакцине (V1 V2)	Екстремитет	Серија вакцине (ЛОТ)	Произвођач	Нежељена реакција	Потпис лекара
			ИМ	1) ДР 2) ЛР				
			ИМ	1) ДР 2) ЛР				
Привремене контраиндикације (датум утврђивања и дијагноза):								
Одлука комисије за трајне контраиндикације (ако постоји, уписати ДА)								

Напомена: Образац се чува као део медицинске документације пацијента