

STANDARDNI OBRAZAC ZA PRIJAVU O NEŽELJENIM DOGAĐAJIMA NAKON IMUNIZACIJE (AEFI)

AEFI prijava ID broj:

<p>*Ime pacijenta ili inicijali: _____</p> <p>*Puna adresa pacijenta: _____</p> <p>Kontakt telefon: Spol: <input type="checkbox"/> M; <input type="checkbox"/> Ž; (trudnoća <input type="checkbox"/>; laktacija <input checkbox"="" type="checkbox/>)</p> <p>*Datum rođenja (DD.MM.GGGG): _____</p> <p>Ili starost: godina; mjeseci; dana</p> <p>Ili dobna skupina: <input type="/> 0 < 1 godinu; <input type="checkbox"/> 1- 5 godina; <input type="checkbox"/> > 5 - 18 godina; <input type="checkbox"/> > 18 - 60 godina; <input type="checkbox"/> > 60 godina</p>	<p>*Naziv izvjestitelja: _____</p> <p>Institucija: _____</p> <p>Oznaka i odjel: _____</p> <p>Adresa: _____</p> <p>Kontakt telefon i e-mail: _____</p> <p>Datum kada je pacijent prijavio neželjeni događaj zdravstvenoj ustanovi (DD.MM.GGGG): _____</p> <p>Današnji datum (DD.MM.GGGG): _____</p>
---	---

Naziv zdravstvene ustanove (ili centra za vakcinaciju):

Vakcina							Rastvarač		
Naziv vakcine (Generički)	*Zaštićeni naziv i naziv proizvođača	*Datum vakcinacije	*Vrijeme vakcinacije	Doza (prva, druga, itd.)	*Broj serije	Rok trajanja	*Serijski broj/lot	Rok trajanja	Vrijeme Rekonstitucije

<p>*Neželjeni događaj(i):</p> <p><input type="checkbox"/> Jaka lokalna reakcija <input type="checkbox"/> >3dana; <input type="checkbox"/> izvan najbližeg zgloba</p> <p><input type="checkbox"/> Napadi <input type="checkbox"/> temperatura; <input type="checkbox"/> afebrilan</p> <p><input type="checkbox"/> Upala</p> <p><input type="checkbox"/> Sepsa</p> <p><input type="checkbox"/> Encefalopatija</p> <p><input type="checkbox"/> Toksični šok sindrome</p> <p><input type="checkbox"/> Trombocitopenija</p> <p><input type="checkbox"/> Anafilaksa</p> <p><input type="checkbox"/> Groznica ≥ 38°C</p> <p><input type="checkbox"/> Drugo (specificirati) _____</p> <p>Datum i vrijeme početka neželjenog djelovanja (DD.MM.GGGG): _____ sati _____ minuta</p>	<p>Opis neželjenog događaja (znakovi i simptomi):</p>
---	---

***Ozbiljna:** Da/Ne; → ako Da: smrt; životna ugroženost; invaliditet; bolničko liječenje; kongenitalne anomalije;
 Drugi važni medicinski događaji (specificirati _____)

***Ishod:** Oporavak u toku; Oporavak; Oporavak sa posljedicama; Nije oporavljen; Nije poznato
 Smrt, ako je smrt, datum smrti (DD.MM.GGGG): _____ Urađena autopsija: Da; Ne; Nije poznato

Prethodna medicinska istorija (uključujući istoriju sličnih reakcija ili drugih alergija), istovremeni uzimanje lijekova i datumi primjene (isključuju one koji se koriste za liječenje reakcija) druge relevantne informacije (npr. Drugi slučajevi). Po potrebi upotrijebite dodatni list:

Prvi nivo donošenje odluke koji treba završiti:

Potrebna istraga: <input type="checkbox"/> Da; <input type="checkbox"/> Ne	Ako jeste, planirani datum istrage (DD.MM.GGGG): _____
--	--

Kompletirano na nacionalnom nivou:

Izveštaj zaprimljen na nacionalnom nivou (DD.MM.GGGG): _____	Jedinstveni broj prijave u svijetu ID: _____
--	--

Komentar:

***Obavezno polje**