Australian Government

COVID-19 VACCINATION

Obrazac za davanje suglasnosti za cijepljenje protiv COVID-19

Prije nego što popunite ovaj obrazac, obvezno pročitajte informacijski list o cjepivu koje ćete primiti, a to će biti ili Vaxzevria (AstraZeneca), Comirnaty (Pfizer) ili Spikevax (Moderna) cjepivo.

Zadnji put ažurirano: 8. listopada 2021

O cijepljenju protiv COVID-19

Kod osoba koje prime cjepivo protiv COVID-19, vjerojatnoća od oboljevanja od bolesti pod nazivom COVID-19 je mnogo manja.

U Australiji se koriste cjepiva troje proizvođača. Sva cjepiva su učinkovita i sigurna. Kod osoba mlađih od 60 godina, prednost se daje Pfizer ili Moderna cjepivu nad AstraZeneca cjepivom.

Trebate primiti dvije doze cjepiva od istog proizvođača. Kada primite prvu dozu, reći će vam kada trebate primiti drugu dozu.

Osobe koje su ozbiljno imunokompromitirane će možda trebati i treću primarnu dozu. Погледајте www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

Medicinski stručnjaci su proučavali cjepiva protiv COVID-19 kako bi se uvjerili u njihovu sigurnost. Većina nuspojava je blaga. Nuspojave mogu nastati na dan cijepljenja i trajati dan ili dva. Kao što je to slučaj sa svim cjepivima ili lijekovima, moguće su rijetke i / ili nepoznate nuspojave.

Vrlo rijetka nuspojava AstraZeneca cjepiva je sindrom tromboze s trombocitopenijom, ili TTS. To znači zgrušavanje krvi (tromboza) sa smanjenim brojem trombocita (trombocitopenija). TTS nije jedna od nuspojava Pfizer ili Moderna cjepiva.

Nakon cijepljenja Pfizer i Moderna cjepivom je prijavljeno nekoliko slučajeva miokarditisa i perikarditisa (upala srčanog mišića). Većina slučajeva je bila blaga i oporavak je brzo uslijedio.

Recite zdravstvenom djelatniku za eventualne nuspojave cijepljenja koje vas brinu.

U tjednu nakon cijepljenja vas netko može kontaktirati tekst porukom ili emailom i pitati kako se osjećate nakon cijepljenja.

Ime:												
Broj Medicare kartice:												

Neke osobe se i usprkos cijepljenju mogu razboljeti od COVID-19. Zbog toga se i dalje trebate pridržavati svih mjera opreza koje izdaju zdravstvene vlasti vaše države ili teritorija radi zaustavljanja širenja COVID-19, uključujući sljedeće:

- održavajte razmak – držite se na rastojanju od najmanje 1,5 metra od drugih ljudi
- često perite ruke sapunom i vodom ili koristite dezinfekcijsko sredstvo za ruke
- nosite masku
- ostanite kod kuće ako se ne osjećate dobro i imate simptome pothlađenosti ili gripe i testirajte se na COVID-19.

Službe za cijepljenje unose podatke o svim cjepivima u Australski imunizacijski registar, kao što im to zakon nalaže. Evidenciju o vašoj imunizaciji možete pogledati online preko sljedećih računa:

- Medicare
- MyGov
- MyHealthRecord.

Kako se koriste podaci koje dostavite

Za informacije o prikupljanju, pohranjivanju i uporabi vaših osobnih podataka, posjetite https://www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations.

Ako cjepivo primate u ljekarni, ljekarna neke od vaših podataka mora proslijediti Administratoru programa ljekarni. Ti podaci se dostavljaju kako bi ljekarna mogla potraživati naplatu od australske vlade. Daljnje informacije o razlozima za prosljeđivanje osobnih podataka i koji osobni podaci se prosljeđuju ćete naći na gornjem linku.

Na dan cijepljenja

Prije nego što primite cjepivo, recite zdravstvenom djelatniku koji vam daje cjepivo sljedeće:

- jeste li ikad imali ozbiljnu alergijsku reakciju (anafilaksiju) na:
  - prethodnu dozu cjepiva protiv COVID-19
  - neki sastojak cjepiva protiv COVID-19
  - bilo koje drugo cjepivo ili lijekove

- je li vam je imunitet kompromitiran. To znači da je vaš imunosni sustav oslabljen i teže se bori s bolestima. I pored toga možete primiti cjepivo protiv COVID-19, ali razgovarajte s vašim liječnikom o tome kada će vam biti najbolje primiti cjepivo. To će ovisiti o vašem oboljenju i tretmanu.

Ime:												
Broj Medicare kartice:												

Popis za provjeru prigodom davanja suglasnosti za cijepljenje

Da	Ne	
☐	☐	Jeste li dobili alergijsku reakciju na prethodnu dozu cjepiva protiv COVID-19?
☐	☐	Jeste li nekad od prijašnjih cjepiva ili lijekova dobili anafilaksiju?
☐	☐	Jeste li nekad imali ozbiljnu reakciju za koju se stručnim pregledom od strane iskusnog zdravstvenog djelatnika za imunizaciju ili medicinskog specijaliste ustanovilo da ju je prouzročila prethodna doza cjepiva protiv COVID-19 (i za koju nije identificiran nijedan drugi uzrok)?
☐	☐	Jeste li nekad imali mastocitozu (poremećaj mastocitnih stanica) koja je prouzročila povremene epizode anafilaksije?
☐	☐	Jeste li već bolovali od COVID-19?
☐	☐	Imate li poremećaj zgrušavanja krvi / krvarenja?
☐	☐	Uzimate li lijek za razrjeđenje krvi (antikoagulantnu terapiju)?
☐	☐	Imate li oslabljen imunosni sustav (je li vam je imunitet kompromitiran)?
☐	☐	Jeste li trudni?*
☐	☐	Jeste li nedavno imali kašalj, grlobolju, vrućicu ili ste se osjećali loše na neki drugi način?
☐	☐	Jeste li već primili cjepivo protiv COVID-19?
☐	☐	Jeste li u zadnjih 7 dana primili bilo koje drugo cjepivo?

Ovo se odnosi samo na osobe koje se cijepe AstraZeneca cjepivom:*

☐	☐	Je li kod vas bilo kad postavljena dijagnoza sindroma kapilarnog curenja?
☐	☐	Jeste li u roku od 42 dana od prijašnje doze AstraZeneca cjepiva imali trombozu (zgrušavanje krvi) u kombinaciji s trombocitopenijom (smanjenim brojem trombocita)?
☐	☐	Jeste li ikad imali moždanu sinovensku trombozu? *
☐	☐	Jeste li ikad imali heparinom prouzročenu trombocitopeniju? *
☐	☐	Jeste li ikad imali ugruške krvi u trbušnim (splanhničnim) venama? *
☐	☐	Jeste li ikad imali antifosfolipidni sindrom povezan s ugruščima krvi? *
☐	☐	Jeste li mlađi od 60 godina? *

* Osobama u tim skupinama se preporuča Pfizer ili Moderna cjepivo, ali ako ona nisu dostupna i ako su koristi cijepljenja veće od rizika, može se razmotriti i davanje AstraZeneca cjepiva.

Za daljnje informacije, posjetite: www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts.

Ime:												
Broj Medicare kartice:												

Ako ste trudni, posjetite: www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy

Ovo se odnosi samo na osobe koje se cijepe Pfizer ili Moderna cjepivom:

- ☐ ☐ Je li kod vas postavljena dijagnoza miokarditisa i / ili perikarditisa koji se pripisuje prijašnjoj dozi Pfizer ili Moderna cjepiva?
- ☐ ☐ Jeste li u zadnjih šest mjeseci imali miokarditis, perikarditis ili endokarditis?
- ☐ ☐ Imate li trenutačno akutnu reumatsku groznicu (vrućicu) ili akutnu reumatsku bolest srca?
- ☐ ☐ Imate li težak oblik srčane insuficijencije (zatajenja)?

Ako ste odgovorili s 'Da' na bilo koje od ovih pitanja, vi i pored toga možda možete primiti Pfizer ili Moderna cjepivo, međutim prije toga trebate razgovarati s vašim liječnikom opće prakse, zdravstvenim djelatnikom za imunizaciju, specijalistom ili kardiologom o tome kada vam je najbolje cijepiti se i trebate li poduzimati dodatne mjere opreza.

Zadnji put ažurirano: 8. listopada 2021.

Ime:												
Broj Medicare kartice:												

Podaci pacijenta

Ime:	
Broj Medicare kartice:	
Individualni zdravstveni identifikacijski broj (IHI), ako ga imate:	
Datum rođenja:	
Adresa:	
Broj telefona:	
Email adresa:	
Spol:	
Jezik koji govorite kod kuće:	
Zemlja rođenja:	

Jeste li Aboridžin i / ili Torres Strait otočanin?

☐ Da, samo Aboridžin
☐ Da, samo Torres Strait otočanin
☐ Da, i Aboridžin i Torres Strait otočanin
☐ Ne
☐ Ne želim odgovoriti

Najbliži srodnik (u slučaju hitne situacije):	
Ime:	
Broj telefona:	

Suglasnost za cijepljenje protiv COVID-19

☐ Potvrđujem da sam primio/la i razumio/razumjela informacije koje su mi dane o cjepivu protiv COVID-19.

☐ Potvrđujem da se na mene ne odnosi ništa od gore navedenog ili razgovarao/la sam o tome i o drugim posebnim okolnostima s mojim redovitim liječnikom i / ili sa zdravstvenim djelatnikom za cijepljenje.

Ime:	
Broj Medicare kartice:	

☐ Dajem suglasnost za dobivanje cjepiva protiv COVID-19 (dvije doze istog cjepiva).

Ime pacijenta:	
Potpis pacijenta:	
Datum:	

☐ Ja sam roditelj, skrbnik pacijenta ili zamjenik pacijenta za donošenje odluka i dajem suglasnost da gore nevedeni pacijent primi cjepivo protiv COVID-19.

Ime roditelja / skrbnika / zamjenika za donošenje odluka:	
Potpis roditelja / skrbnika / zamjenika za donošenje odluka:	
Datum:	

Ime:												
Broj Medicare kartice:												

Za službenu uporabu:

Prva doza:

Datum davanja cjepiva:	
Vrijeme davanja cjepiva:	
Proizvođač / Naziv danog cjepiva protiv COVID-19:	
Broj tranše:	
Serijski broj:	
Mjesto davanja injekcije:	
Ime / Naziv davatelja cjepiva / ustanove:	

Druga doza

Datum davanja cjepiva:	
Vrijeme davanja cjepiva:	
Proizvođač / Naziv danog cjepiva protiv COVID-19:	
Broj tranše:	
Serijski broj:	
Mjesto davanja injekcije:	
Ime / Naziv davatelja cjepiva / ustanove:	

Treća* doza

Datum davanja cjepiva:	
Vrijeme davanja cjepiva:	
Proizvođač / Naziv danog cjepiva protiv COVID-19:	
Broj tranše:	
Serijski broj:	
Mjesto davanja injekcije:	
Ime / Naziv davatelja cjepiva / ustanove:	

Ime:												
Broj Medicare kartice:												

*Ako je nužno. Za daljnje informacije posjetite: www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

Zadnji put ažurirano: 8. listopada 2021.

Ime:												
Broj Medicare kartice:												