

Date personale ale persoanei care urmează să fie vaccinată – Denumirea vaccinului preventiv

Nume de familie*

Prenume*

Număr de asigurare socială (toate cele 10 cifre)*

Data nașterii (ZZ.LL.AAAA)*

Sex* feminin masculin divers

intersex nedeterminat nicio mențiune

Adresă (cod poștal, localitate, stradă, număr, scară, apartament)

Număr de telefon

Adresă de e-mail

După caz, numele reprezentantului legal

Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări pentru persoana care urmează să fie vaccinată

Dacă persoana care urmează să fie vaccinată a suferit de vreo afecțiune sau a primit alte vaccinuri între momentul completării acestei declarații de consimțământ și momentul propriu-zis al vaccinării, vă rugăm să informați medicul de acest lucru înainte de vaccinare. La momentul vaccinării trebuie prezentate toate înregistrările privind vaccinările (carnet de vaccinare, card de vaccinare) ale persoanei care urmează să fie vaccinată.

1. Persoana care urmează să fie vaccinată suferă sau a suferit în ultimele 7 zile de o **afecțiune** sau o **infecție acută** (de exemplu, febră, tuse, strănut, dureri în gât, altele)? Selectați răspunsul corespunzător

Da Nu

Dacă da, de ce anume?

2. Persoana care urmează să fie vaccinată suferă de **alergie la medicamente** sau la **ingredientele vaccinului** (a se vedea prospectul)?

Da Nu

Dacă da, la care?

3. Persoana care urmează să fie vaccinată a avut vreodată un **șoc alergic cu scăderea tensiunii arteriale, dificultăți respiratorii severe sau leșin**?

Da Nu

Dacă da, ce anume?

4. Persoanei care urmează să fie vaccinată i s-a administrat în **ultimele 4 săptămâni un alt vaccin** sau persoana care urmează să fie vaccinată urmează în prezent o **imunoterapie alergen specifică / hiposensibilizare**?

Da Nu

Dacă da, care și când?

5. Persoanei care urmează să fie vaccinată i s-au administrat în **ultimele 3 luni sânge, produse din sânge** sau **imunoglobulină**?

Da Nu

Dacă da, ce și când?

6. Persoana care urmează să fie vaccinată ia regulat **medicamente anticoagulante**?

Da Nu

Dacă da, ce medicamente?

7. Persoana care urmează să fie vaccinată urmează în prezent **chimioterapie și/sau radioterapie** sau ia **limunosupresoare** (de ex., cortizon)?

Da Nu

Dacă da, care?

8. Persoana care urmează să fie vaccinată a avut, în trecut, **probleme de sănătate sau reacții adverse ulterioare unei vaccinări** (cu excepția reacțiilor locale ușoare, precum roșeață, umflare, dureri la locul introducerii acului sau febră ușoară)?

Da Nu

Dacă da, după ce vaccinare și ce probleme sau reacții?

9. Persoana care urmează să fie vaccinată suferă de **afecțiuni severe sau cronice** (de exemplu, imunodeficiență, cancer, boli autoimune, coagulopatie, boli inflamatorii cronice)?

Da Nu

Dacă da, care?

10. Persoana care urmează să fie vaccinată a suferit de curând o **intervenție chirurgicală** sau are planificată o astfel de intervenție?

Da Nu

Dacă da, când?

11. Persoana care urmează să fie vaccinată este **însărcinată**?

Da Nu

Dacă da, în ce săptămână de sarcină?

Declarație de consimțământ pentru vaccinarea preventivă

Versiunea 1.0, ediția: 13.04.2022

Versiunea corespunzătoare, actuală și completă a prospectului vaccinului este parte integrantă a acestei Fișe de informare și documentare și este pusă la dispoziție în format electronic și, la cerere, în format tipărit.

Prospectele vaccinelor disponibile în cadrul programului de vaccinare gratuită oferit de statul federal, landuri și asigurările sociale pot fi găsite la: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>



Dacă aveți alte întrebări, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră.

Prin semnătura mea, confirm:

- că am citit și am înțeles prospectul referitor la vaccinul menționat sau acesta mi-a fost explicat corespunzător. Din acest prospect m-am putut informa cu privire la posibilele reacții adverse și aspecte care sunt contraindicate vaccinării în ceea ce mă privește.
- că înțeleg în mod corespunzător beneficiile și riscurile vaccinării și că nu am nevoie de clarificări suplimentare,
- că sunt de acord cu efectuarea vaccinării preventive și
- că am fost informat/ă cu privire la prelucrarea prevăzută a datelor mele cu caracter personal în Registrul de vaccinare conform Legii privind telematica în domeniul sănătății din 2012 (a se vedea <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).

**Dacă mai aveți întrebări, vă rugăm să vă adresați medicului dumneavoastră înainte de semnarea acestei fișe.**

Dacă la fața locului nu există posibilitatea unei discuții cu medicul care administrează vaccinul (de ex., în cazul vaccinarilor în școli), vă solicităm să vă adresați serviciului medical/departamentului de sănătate al autorității administrative regionale competente și să semnați declarația de consimțământ doar după purtarea acestei discuții.

În cazul minorilor fără capacitate de exercițiu (copii cu vârsta sub 14 ani) sau al persoanelor fără capacitate de decizie, se va obține acordul reprezentantului legal (tutore, reprezentant al adultului sau persoană împuternicită cu îngrijirea) al persoanei care urmează să fie vaccinată. Tinerii (minorii cu capacitate de exercițiu începând cu vârsta de 14 ani) pot să își exprime ei înșiși consimțământul, dacă au capacitate de decizie.

Data (ZZ.LL.AAAA)

Semnătura persoanei care urmează să fie vaccinată sau a reprezentantului legal

Informații importante: Pentru eventualitatea apariției unei reacții (greață, leșin, alergie etc.), vă rugăm să rămâneți, pentru siguranța dumneavoastră, încă 20 minute după vaccinare în apropierea medicului.

Dacă suspectați apariția unor reacții adverse, vă rugăm să vă adresați medicului sau farmacistului. Aceștia sunt obligați să raporteze reacțiile adverse suspectate. Sesizările privind reacțiile adverse pot fi efectuate însă și de către dumneavoastră sau aparținătorii dumneavoastră. Puteți găsi online mai multe informații privind posibilitățile de raportare, pe pagina <https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> sau ne puteți contacta la numărul 0800 555 621.

În cazul neprezentării la o programare pentru vaccinare, trebuie să se facă o reprogramare în cel mai scurt timp posibil. Puteți găsi mai multe informații în broșura privind vaccinarea, resp. pe site-ul web al Ministerul Federal al Afacerilor Sociale, Sănătății, Îngrijirii și Protecției Consumatorilor www.sozialministerium.at la rubrica „Vaccinare”.

**Atenție: A nu se completa – se va completa doar de către instituția de vaccinare**

Instituția de vaccinare / Organizația ((număr de partener contractual, dacă este cazul)*

Spațiu pentru observații ale cadrelor medicale

Vaccin convenit*

 Pregătire de către o terță parte

 Partea superioară a brațului stâng

 Partea superioară a brațului drept

Număr lot (LOT sau denumirea lotului)*

Data vaccinării (ZZ.LL.AAAA)*

Numele medicului responsabil*

Numele persoanei care efectuează vaccinarea (dacă diferă)

 Cetățeanul nu poate fi identificat în mod clar

Semnătura medicului responsabil