

**IZVJEŠĆE**  
**O NEPOŽELJNIM SPOREDNIM POJAVAMA U PROVEDBI IMUNIZACIJE**  
**PROTIV ZARAZNIH BOLESTI**

Zdravstvena ustanova \_\_\_\_\_

Zdravstveni djelatnik u privatnoj praksi \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Ime, očevo ime, prezime i adresa imunizirane osobe \_\_\_\_\_

Spol \_\_\_\_\_ životna dob (naznačiti: mjeseci ili godine) \_\_\_\_\_ težina (kg) \_\_\_\_\_

Visina (cm) \_\_\_\_\_

Vrsta primljenog imunobiološkog preparata (cjepivo, serum, imunoglobulin, naziv preparata): \_\_\_\_\_

Proizvođač \_\_\_\_\_

Datum proizvodnje \_\_\_\_\_ serija \_\_\_\_\_ broj \_\_\_\_\_

Datum primjene \_\_\_\_\_ primljena doza \_\_\_\_\_  
(u slijedu cijepjenja: prva, druga, treća...)

Način primjene (i.m., i.c., s.c.) \_\_\_\_\_ Količina (ml) \_\_\_\_\_

Da li je i koliko doza tog preparata osoba u životu primila, koje godine i prethodne reakcije \_\_\_\_\_

Prethodne reakcije na druge imunobiološke preparate (preparat, reakcija) \_\_\_\_\_

Oboljenja u času primanja preparata:

- koja su bila poznata liječniku (cjepitelju) \_\_\_\_\_

- koja nisu bila poznata liječniku (cjepitelju) \_\_\_\_\_

Nepoželjna sporedna pojava: dijagnoza \_\_\_\_\_

datum početka \_\_\_\_\_ opis (tok, simptomi) \_\_\_\_\_

Primljena terapija \_\_\_\_\_

Ishod bolesti \_\_\_\_\_

(Ozdravljenje, trajno oštećenje, smrt, nepoznato)

Potpis cjepitelja \_\_\_\_\_

Upotrijebite drugu stranu za dodatne podatke i zapažanja

Datum: \_\_\_\_\_