

CEPLJENA OSEBA

Ime in priimek:	Spol: M Ž
Naslov:	Datum rojstva:

PODATKI O CEPLJENJU/ UPORABLJENIH CEPIVIH

Datum cepljenja:

Ime cepiva	Serijska številka	Odmerek (označite)
		1. 2. 3. 4. 5. 6.
		1. 2. 3. 4. 5. 6.
		1. 2. 3. 4. 5. 6.

NEŽELENI UČINKI – LOKALNI:

	Datum začetka	Trajanje*
bolečina		
rdečina		
oteklina (_____ cm)		

	Datum začetka	Trajanje*
absces		
celulitis		

NEŽELENI UČINKI – SPLOŠNI:

	Datum začetka	Trajanje*
povišana telesna temperatura (____ °C)		
utrujenost		
nerazpoloženost, razdražljivost		
perzistenten jok		
nespečnost		
glavobol		
vrtočlavinica		
navzea		
bruhanje		
diareja		
izguba apetita		
bolečine v mišicah, sklepih		
parastezije		
kolaps		
limfadenitis, limfadenopatija		

	Datum začetka	Trajanje*
izpuščaj		
alergična reakcija (brez anafilaksije)		
parotitis		
artritis		
intususcepcija, invaginacija črevesja		
trombocitopenija		
anafilaksija		
generalizirani konvulzivni krči		
hipotonična epizoda z zmanjšano odzivnostjo		
sindrom Guillain Barre		
druge pareze, paralize		
aseptični meningitis		
encefalitis, encefalopatija		
drugo:		
drugo:		

*navedite čas trajanja v minutah, urah, dnevih, tednih, mesecih,.....

NEŽELENI UČINKI – DRUGO (opišite neželene učinke, ki niso navedeni na prejšnjem seznamu):

SOČASNO UPORABLJENA ZDRAVILA (vpišite zdravila, ki jih je oseba jemala v času cepljenja in v času, ko so se pojavili neželeni učinki):

POMEMBNI PODATKI V ANAMNEZI (ostale sočasne in predhodne bolezni, ter stanja pomembna za pojav neželenih učinkov, alergije, nosečnost,...):

UKREP (označite):

- 1 – opazovanje
- 2 – zdravljenje na primarni ravni
- 3 – specialistični pregled
- 4 – hospitalizacija
- 5 – drugo
- 9 – neznano

POSLEDICE/IZID (označite):

- 1 – brez posledic
- 2 – izboljšanje
- 3 – neposredna življenjska ogroženost
- 4 – dolgotrajna ali izrazita nezmožnost
- 5 – trajna okvara
- 6 – prirojena anomalija
- 7 – drugo klinično pomembno stanje
- 8 – smrt
- 9 – neznano

DODATEN KOMENTAR K PRIJAVI NEŽELENIH UČINKOV:

DATUM PRIJAVE:

ZDRAVNIK, ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA: