

Особисті дані вакцинованої особи – Вакцини мРНК проти COVID-19

Версія 10.3, стан: 04.03.2022

Прізвище*

Ім'я*

Номер соціального страхування (усі 10 цифр)*

Дата народження (ДД.ММ.РРРР)*

Стать:* жіноча чоловіча різна

інтерсексуал не визначена без запису

Адреса (поштовий індекс, населений пункт, вулиця, номер будинку, під'їзд, номер квартири)

Номер телефону

Адреса електронної пошти

За необх. ім'я законного представника

Будь ласка, дайте відповіді на наступні питання щодо вакцинованої особи

Якщо у період між заповненням інформованої згоди та фактичною датою вакцинації вакцинована особа перенесла захворювання або отримала інші щеплення, будь ласка, повідомте про це лікаря перед вакцинацією. Під час вакцинації вакцинованій особі мають бути пред'явлені всі записи про вакцинацію (сертифікат вакцинації, картка вакцинованого).

1. Ви вже мали інфекцію SARS-CoV-2 (підтверджену тестом ПЦР), COVID-19 (підтверджений тестом ПЦР) або антитіла до коронавірусу (тільки тест нейтралізації або коррелят до тесту нейтралізації)?

Вибрати вірний варіант

Так Ні

Якщо так, коли?

2. Ви страждаєте або страждали протягом останніх 7 днів на гостре захворювання або інфекцію (наприклад, лихоманка, кашель, нежить, біль у горлі та інше)?

Так Ні

Якщо так, на що?

3. Чи мали Ви колись алергічний шок зі спадом кров'яного тиску, сильною задишкою або непритомним станом?

Так Ні

Якщо так, на що?

4. Чи отримали Ви іншу вакцину за останні 4 тижні, чи проводиться зараз алерген-специфічна імунотерапія / гіпосенсибілізація?

Так Ні

Якщо так, яка та коли?

5. Чи пройшли Ви вже вакцинацію проти COVID-19?

Якщо так, коли та якою вакциною?

Так Ні

1-а доза:

2-а доза:

6. Чи траплялися у минулому скарги або побічні дії після вакцинації (за винятком легких місцевих реакцій, таких як почервоніння, набряк, біль у місці уколу або незначне підвищення температури)?

Так Ні

Якщо так, після якої вакцинації та які?

7. Чи є у Вас алергія на медикаменти або компоненти вакцини (див. інструкцію з використання)?

Так Ні

Якщо так, яка?

8. Чи приймаєте Ви регулярно препарати для розрідження крові?

Так Ні

Якщо так, які?

9. Чи є у Вас тяжкі або хронічні захворювання (наприклад, імунodefіцит, онкологічні хвороби, аутоімунні захворювання, порушення згортання крові, хронічні запальні хвороби)?

Так Ні

Якщо так, які?

10. Чи проводиться зараз хіміотерапія та/або променева терапія або чи приймаєте Ви медикаменти, що придушують імунітет (наприклад, Кортизон)?

Так Ні

Якщо так, які?

11. Чи планується операційне втручання?

Так Ні

Якщо так, коли?

12. Ви вагітні?

Так Ні

Якщо так, на якому тижні?

Інформована згода – Вакцини мРНК проти COVID-19

Версія 10.3, стан: 04.03.2022

Після вакцинації проти COVID-19 часто трапляються реакції на вакцини мРНК COVID-19, які зазвичай проходять самі собою протягом кількох днів. На місці уколу дуже часто можуть виникати болі або набряк, часто виникає почервоніння, висипання на шкірі або кропивниця. Крім того дуже часто зустрічається (дуже сильна) втома, головний біль, біль у м'язах, суглобах, анкілоз, набряк під пахвами, нудота, блювота, пронос, озноб та лихоманка, часто трапляється висипання на шкірі. Дуже часто означає, що симптоми зустрічаються у більше 1 з 10 вакцинованих осіб, часто — до 1 з 10 осіб. Можуть виникати сильні алергічні реакції. Міокардит та перикардит спостерігалися дуже рідко. Після вакцинації рекомендується фізичний спокій протягом трьох днів, а також утримання від спорту протягом тижня. Детальну інформацію можна знайти в електронній інструкції з використання. За запитом Ви можете отримати інструкцію з експлуатації в паперовій формі. Якщо у Вас виникнуть додаткові запитання, зверніться до свого лікаря. Щоб ознайомитися з інструкцією з експлуатації дозволених вакцин мРНК проти COVID-19, відскануйте QR-код (<https://www.basg.gv.at/konsumentinnen/wissenswertes-ueber-arzneimittel/covid-19-impfstoffe>).



Своїм підписом я підтверджую:

- що прочитав/прочитала та зрозумів/зрозуміла інструкцію з експлуатації вказаної вакцини або отримав/отримала достатні роз'яснення. Я дізнався/дізналася про можливі побічні дії та обставини, за яких не можна робити щеплення.
- що я добре розумію користь та ризики вакцинації, тому не потребую додаткової особистої бесіди,
- що я згоден/згодна на проведення безкоштовної профілактичної вакцинації та
- що я проінформований/проінформована про те, що обробка моїх персональних даних у реєстрі вакцинованих передбачається за Законом про телематику в сфері охорони здоров'я 2012 р. (див. <https://www.elga.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Застосування вакцин проти COVID-19 для 3-ої дози дозволяється у разі застосування однієї та тієї ж вакцини для осіб віком від 18 років не раніше, ніж через 6 місяців після 2-ої вакцинації. Інші види використання на даний час не дозволяються. Доступний на даний час стан даних дозволяє зробити висновок, що інші схеми вакцинації, відмінні від рекомендованих Національним комітетом з вакцинації, надійні та ефективні.

Якщо у Вас залишилися запитання, перед підписанням цього бланку зверніться до свого лікаря.

Якщо немає можливості отримати консультацію на місці від лікаря, що проводить вакцинацію (наприклад, під час вакцинації в школах), просимо Вас звернутися до медичної служби/відділу охорони здоров'я Вашої компетентної районної адміністрації та підписати інформовану згоду тільки після проведеної бесіди.

Для неповнолітніх (дітей віком до 14 років) або недієздатних осіб необхідна згода законного представника (батьків або опікунів, дорослих представників, уповноважених на представництво пацієнтів) вакцинованої особи. Підлітки (неповнолітні старше 14 років) мають самостійно давати згоду, якщо здатні приймати рішення.

Дата (ДД.ММ.РРРР)

Підпис вакцинованої особи або законного представника

Важлива інформація: У випадку можливого виникнення реакцій (нудота, непритомний стан, алергія та ін.) для власної безпеки протягом 20 хвилин після вакцинації залишайтеся поблизу лікаря.

Якщо Ви підозрюєте у себе побічні дії, зверніться до свого лікаря або фармацевта. Вони зобов'язані повідомляти про підозру побічних дій. Ви або Ваші рідні також можете повідомити про побічні дії. Інформацію про варіанти повідомлення можна знайти на сайті www.basg.gv.at/pharmakovigilanz/meldung-von-nebenwirkungen або отримати по телефону 0800 555 621.

**Увага: Не заповнювати – Заповнюється тільки пунктом вакцинації**

Пункт вакцинації/Організація (номер контрагента, за наявності)*

Місце для приміток лікаря

Узгоджена вакцина:*

- BioNTech / Pfizer: Comirnaty
 Moderna: Spikevax

 1-а вакцинація 2-а вакцинація 3-я вакцинація Інша вакцинація

(поза показаннями):

 Підготовка третіми особами Ліве плече Праве плече

Номер партії (партія або код партії)*

Дата вакцинації (ДД.ММ.РРРР)*

Ім'я відповідального лікаря*

Ім'я вакцинованої особи (якщо відрізняється)

Громадянка / громадянин
однозначно не визначається

Підпис відповідального лікаря