

Hlásenie nezvyčajných reakcií v súvislosti s očkovaním¹

VZOR

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v

A. Podaný preparát:

- očkovaacia látka - názov:
- prípravky na pasívne očkovanie alebo terapiu - názov:
- testovacie prípravky - názov:

Výrobca podaného preparátu:

Číslo šarže:

Veľkosť aplikovanej dávky:

Miesto aplikácie preparátu:

Spôsob aplikácie vrátane postupu:

Použitie inj. ihly a striekačky: na jedno použitie:

Spôsob sterilizácie:

Použitý dezinfekčný prostriedok na kožu:

Počet osôb súčasne očkovaných rovnakou šaržou preparátu a rovnakým spôsobom:

B. Postihnutá osoba:

Priezvisko a meno očkovaného:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Okres:

Adresa bydliska:

Meno očkujúceho lekára:

Zdravotnícke zariadenie, kde sa očkovanie vykonalo:

Dátum a hodina očkovania:

Poradie očkovacieho výkonu proti tej istej chorobe, pri ktorom došlo k reakcii:

Priebeh predchádzajúceho očkovacieho výkonu proti tej istej chorobe:

Dátum a hodina začiatku reakcie:

Dátum, keď reakciu konštatoval lekár:

Dátum a miesto hospitalizácie pre nezvyčajnú reakciu:

C: Klinické údaje:

Hlavné príznaky nezvyčajnej reakcie:

lokálne:

regionálne

celkové:

bolestivosť

lymfadenitis

teplota v C

opuch (veľkosť v mm)

lymfangoitis

dýchavica

erytém (veľkosť v mm)

kolikvácia uzliny

vracanie

infiltrát (veľkosť v mm)

perforácia uzliny

kŕče

absces (veľkosť v mm)

(vždy uviesť lokalizáciu uzliny)

šok

exantém (veľkosť v mm)

kolaps

meningeálne príznaky

¹ Podľa prílohy 4 Nariadenia vlády 337/2006 Z.z. Podľa § 16 odst. 7 sa hlásenie zasiela Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv a príslušnému regionálnemu úradu verejného zdravotníctva.

Ostatné príznaky (vypísať):

Mikrobiologické vyšetrenie:

nevykonané.

vykonané (uviesť druh vyšetrenia, dátum odberu, druh odobraného materiálu, výsledok)

D. Anamnestické údaje:

- medikácia podaná postihnutému v čase podania preparátu

- rodinná anamnéza (špecifikovať): alergia, neurologické poruchy, diabetes, iné poškodenia

E. Iné relevantné informácie:

V

dňa

podpis ošetrojúceho lekára:

pečiatka zdravotníckeho zariadenia:

B. VZOR hlásenia výsledkov

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v

Hlásenie výsledkov vykonaných vyšetrení v súvislosti s nezvyčajnou reakciou u očkovaného

Priezvisko a meno očkovaného:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Adresa bydliska:

Čas trvania nezvyčajnej reakcie:

Bakteriologické vyšetrenie:

Odobratý materiál:

Dňa:

Nález:

Virologické vyšetrenie:

Odobratý materiál:

Dňa:

Nález:

Sérologické vyšetrenie:

Dátum odberu:

Metóda:

Nález:

Iné vyšetrenia (druh, materiál, dátum odberu, nález):

V dňa

Podpis ošetrujúceho lekára: