

**Príloha č. 4
k vyhláške č. 585/2008 Z. z.**

ČasŹA

**VZOR
HLÁSENIE NEŹIADUCEHO ÚČINKU PO OČKOVANÍ**

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v

A. Podaný preparát

Očkovacia látka – názov:

Preparát na pasívne očkovanie alebo na liečbu – názov:

Výrobca podaného preparátu:

Číslo šarže:

Veľkosť aplikovanej dávky:

Miesto aplikácie preparátu:

Spôsob aplikácie vrátane postupu:

Použitie jednorazovej injekčnej ihly a striekačky:

Použitý dezinfekčný prostriedok na kožu:

Počet osôb súčasne očkovaných rovnakou šaržou preparátu a rovnakým spôsobom:

B. Očkována osoba

Meno a priezvisko očkovaného:

Dátum narodenia:

Okres:

Adresa bydliska:

Meno lekára, ktorý očkovanie vykonal:

Zdravotnícke zariadenie, kde sa očkovanie vykonalo:

Dátum a hodina očkovania:

Poradie očkovacieho výkonu proti tomu istému ochoreniu, pri ktorom došlo k nežiaducemu účinku:

Priebeh predchádzajúceho očkovacieho výkonu proti tomu istému ochoreniu:

Dátum a hodina začiatku nežiaduceho účinku:

Dátum, keď nežiaduci účinok konšatoval lekár:

Dátum a miesto hospitalizácie pre nežiaduci účinok:

C. Klinické údaje

Príznaky nežiaduceho účinku

lokálne:

bolestivosť

opuch (veľkosť v mm)

erytém (veľkosť v mm)

infiltrát (veľkosť v mm)

absces (veľkosť v mm)

exantém (veľkosť v mm)

regionálne:

lymfadenitis

lymfangoitis

kolikvácia uzliny

perforácia uzliny (vždy uviesť

lokalizáciu uzliny)

celkové:

teplota v stupňoch Celzia

dýchavica

vracanie

kŕče

šok

kolaps

meningeálne príznaky

Ostatné príznaky (vypísať):

Mikrobiologické vyšetrenie:

nevykonané

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

D. Anamnestické údaje

– lieky podané očkovanému v čase podania preparátu

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

E. Iné relevantné informácie

V dňa

meno a priezvisko, funkcia, podpis
odtlačok pečiatky regionálneho úradu

ČasŽB

VZOR
HLÁSENIE VÝSLEDKOV VYKONANÝCH VYŠETRENÍ
V SÚVISLOSTI S NEŽIADUCIM ÚČINKOM U OČKOVANEJ OSOBY

Meno a priezvisko očkovanej osoby:

Dátum narodenia:

Adresa bydliska:

Čas trvania nežiaduceho účinku:

Bakteriologické vyšetrenie:

Odobraný materiál:

Dňa:

Nález:

Virologické vyšetrenie:

Odobraný materiál:

Dňa:

Nález:

Sérologické vyšetrenie:

Dátum odberu:

Metóda:

Nález:

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

V dňa

meno a priezvisko, funkcia, podpis
odtlačok pečiatky poskytovateľa
zdravotnej starostlivosti