

Številka obrazca: OB ND OPGP01 01	OBRAZEC Informativni vprašalnik pred cepljenjem
Različica: 03	
Stran od strani: 1 od 1	
 zdravstveni dom ZAGORJE OB SAVI	

*Zaradi lažje izvedbe cepljenja Vas prosimo, da izpolnite kratek vprašalnik,
ki se nanaša na Vaše trenutno zdravstveno stanje.
Po prejemu cepiva počakajte 20 minut v čakalnici ambulate.*

Ime in priimek: _____

IZBRANI ZDRAVNIK: _____

Datum rojstva: _____

Prosimo, da označite ustrezen odgovor:	DA	NE	Nimam podatka	Drugo
Ali trenutno prebolevate bolezen? Katero?				
Ali ste imeli v zadnjih 14 dnevih povišano telesno temperaturo?				
Ali jemljete kakšna zdravila? Katera?				
Ali ste imeli kdaj alergijo na zdravila? Katera?				
Ali ste kdaj imeli reakcijo na cepivo?				
Ali ste bili v zadnjem mesecu že cepljeni?				
Ali se zdravite za kakšno od kroničnih bolezni, katero?				
Imate katere druge posebnosti, katerih nismo omenili?				

**Za cepljenje potrebujete kartico zdravstvenega zavarovanja ter cepilno knjižico, v primeru, da je nimate jo dobite ob cepljenju.*

Kraj in datum : _____

Podpis: _____

Izpolni zdravstveni delavec:

DATUM CEPLJENJA	IME PREPARATA/ SERIJA	ODMEREK	MESTO APLIKACIJE POT UPORABE CEPIVA	ZAVOD IN CEPITELJ