



**VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU PRED CEPLJENJEM  
IN IZJAVA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE<sup>1</sup>**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Spoštovani!

Vljudno Vas prosimo, da izpolnite vprašalnik o vašem zdravstvenem stanju pred cepljenjem proti **TETANUS** naši ustanovi in podpišete privolitev v cepljenje.

	DA	NE
Ali menite, da ste trenutno zdravi?		
Ali ste v zadnjih 3 tednih preboleli kakšno bolezen ali jemali zdravila (antibiotike)? Če DA, kaj ste preboleli/jemali? _____		
Ali imate kakšno kronično bolezen? Če DA, obkrožite katero (astma, KOPB, hipertenzija, obolenje srca, revmatoidni artritis, rak, levkemija, epilepsija, obolenje kože), drugo: _____		
Ali ste v zadnjih 3 mesecih prejeli večje odmerke kortikosteroidov, zdravil proti raku ali imeli obsevanje? Če DA, kaj ste prejeli? _____		
Ali imate alergijo na zdravila? Če DA, na katero zdravilo? _____		
Ali imate drugo znano alergijo? Če DA, na kaj? _____		
Ali ste imeli kdaj hujšo reakcijo po cepljenju? Če DA, kakšno? _____		
Ali ste bili v zadnjih 14 dneh cepljeni proti katerikoli bolezni?		

Strinjam se z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ<sup>2</sup>. Privolitev dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta ustna pojasnila. Cepil/-a se bom proti (ustrezno obkrožite):

- Gripi
- Klopnemu meningoencefalitisu (KME), odmerek \_\_\_\_\_

Drugo: **TETANUS** \_\_\_\_\_

Podpis pacienta/ke: \_\_\_\_\_

Podpis in žig zdravnika: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

ZDRAVSTVENI DOM LJUBLJANA  
ZDRAVSTVENI CENTRUM BEŽIGRAD 4  
Kržičeva ulica 10, Ljubljana  
ZDRAVSTVENO VARSTVO ŠOLSkih OTROK IN MLADINE

Irena KRŽIŠNIK, dr. med.  
SPM. SOL. med.

Ime cepiva, način aplikacije, mesto in ura cepljenja (izpolni zdr. osebje): \_\_\_\_\_

Zakonske podlage

Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, 49/20 – ZIUZEOP, 142/20 in 175/20 – ZIUOPDVE), Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Ur. list št. 43/2011), Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Ur. list RS, št. 74/99, 92/2006, 10/2011) in Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za tekoče leto.

<sup>1</sup> Fotokopijo izjave o privolitvi prejme pacient na njegovo zahtevo

<sup>2</sup> <http://www.nijz.si/sl/pojasnilna-dolznost-pred-cepljenjem>