

Prijava neželenih učinkov, dogodkov in zapletov po cepljenju proti Covid-19

Če ste vi, vaš sorodnik ali pacient utrpeli kakršnekoli zdravstvene težave zaradi cepljenja, nam to sporočite preko spodnjega vprašalnika. Prosimo, da poročilo izpolnite čim bolj natančno. Izpolnite ga lahko zase, za pacienta ali za sorodnika (če je ta preminil/če ste skrbnik/če imate njegovo dovoljenje). Ker nam je zelo pomembno, da zbiramo verodostojne podatke, vas lahko kontaktiramo za več informacij o vašem primeru. Izpolnjen vprašalnik pošljite na: **Društvo za zaščito človeka in njegovih pravic, Regentova ulica 6, 2000 Maribor**

OSNOVNI PODATKI O PRIJAVITELJU

Za koga izpolnujete

- a) Zase
- b) Sorodnika

OSEBNI PODATKI PRIJAVITELJA

- a) Ime in priimek
- b) Telefon
- c) Spol
- d) Datum rojstva
- e) Starost ob pojavu učinkov
- f) Elektronski naslov

PODATKI O CEPLJENI OSEBI (če je cepljena oseba druga kot vi):

- a) Ime in priimek
- b) Spol
- c) Datum rojstva
- d) Starost ob pojavu učinkov
- e) Sorodstveno razmerje
- f) Soglasje DA NE

- S svojim podpisom potrjujem, da vse osebne, zdravstvene in druge podatke v okviru te prijave posredujem popolnoma prostovoljno in jamčim za njihovo verodostojnost. Soglašam, da mi preko sistema za pošiljanje elektronskih sporočil pošiljate pomembne informacije in obvestila, od katerih se lahko kadarkoli odjavim. _____

Če poročam za drugo osebo:

- S svojim podpisom potrjujem, da imam za prijavo zdravstvenih težav dovoljenje oz. soglasje osebe, za katero poročam, ali sem njen zakoniti zastopnik. Potrjujem, da je njena odločitev popolnoma prostovoljna. V primeru, da je ta oseba preminula, potrjujem, da sem zakoniti dedič te osebe, ali imam pooblastilo zakonitega dediča, in kot tak s svojim soglasjem lahko posredujem podatke o tej osebi. _____

Katere pristojne institucije ste o svojih težavah po cepljenju že obvestili?

- a) Nikogar
- b) Osebni zdravnik
- c) Neželeni učinek so obravnavali na urgenci ali ob hospitalizaciji
- d) JAZMP preko njihovega obrazca na spletni strani

Je neželene učinke prijavil pristojnim (NIJZ)?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne vem

So se zdravniki strinjali oz. omenili, da bi bile vaše težave lahko posledica cepljenja, čeprav tega mogoče niso vpisali v vaš karton?

- a) Da
- b) Niso se opredelili
- c) Zanikali so povezavo s cepljenjem

Če ste prijavili na NIJZ ali drugo institucijo - kakšen odziv ste prejeli?

- a) Nisem prejel nobenega odziva
- b) Potrdili so prejem prijave in/ali me kontaktirali za več informacij
- c) Obveščajo me o poteku obdelave mojega primera
- d) Zavrnili so mi prijavo, češ, da ni povezave s cepljenjem

2. Kako ste zadovoljni s skrbnostjo in strokovnostjo obravnave vaših težav PO cepljenju in odnosom zdravnikov na lestvici od 1 (zelo nezadovoljen) do 5 (zelo zadovoljen).

1 2 3 4 5

3. Svoje telo najbolje poznate vi sami. Kako zelo ste prepričani, da so vaše težave posledica cepljenja? Ocenite na lestvici od 1 (močno dvomim) do 5 (popolnoma sem prepričan).

1 2 3 4 5

Ste pred cepljenjem preboleli Covid-19?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ni podatka

Potek bolezni

- a) Brez simptomov in težav
- b) Blage, prehodne težave
- c) Moteče, ampak prehodne težave
- d) Hujše, ampak prehodne težave
- e) Hude težave, bolnišnično zdravljenje
- f) Zelo hude težave, zdravljenje na oddelku intenzivne nege v bolnišnici

Ste imeli kakšne dolgotrajnejše posledice po bolezni?

- a) Ne
- b) Ja, a so minile
- c) Ja, še trajajo

Ste bili pred oz. ob cepljenju negativni na PCR ali hitrem HAG testu?

- a) Da
- b) Nisem se testiral
- c) Ni podatka

Imate kronične bolezni? Katere?

Ocenite pojasnilno dolžnost, ki ste jo prejeli pred cepljenjem z oceno od 1 (nič mi niso povedali) do 5 (zelo so bili izčrpani).

1 2 3 4 5

Ste pred cepljenjem podpisali informirano soglasje oz. privolitev pacienta?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne vem

S koliko odmerki cepiva proti Covid-19 ste bili cepljeni?

1 2 3 4 5

Podatke, ki jih je potrebno vpisati v nadaljevanju so na cepilnem kartončku. Ali imate dostop do njega?

- a) Da
- b) Ne

Prvi odmerek

Datum cepljenja _____

Ime cepiva

- a) Pfizer/BioNTech (Comirnaty)
- b) Astra Zeneca EU (Astra Zeneca, Vaxevria)
- c) Moderna (COVID-19 Vaccine Moderna, Spikevax)
- d) Johnson & Johnson (COVID-19 Vaccine Jansen)
- e) RDIF (Sputnik V)
- f) China National Biotec Group (Sinovac)

Neželeni učinki

- a) Da
- b) Ne

Serijska številka cepiva: _____

Akutne bolezni

Ste imeli ob cepljenju kakšne znake akutnih bolezni (prehlad, vročina, glavobol, alergija, srbečica, kožni izpuščaji, rana na želodcu ali dvanajsterniku...)

- a) Da
- b) Ne, bil/a sem zdrav/a
- c) Ni podatka

Če ste imeli akutne bolezni napišite katere _____

Ste bili v času cepljenja noseči ali ste dojili?

- a) Ne
- b) Dojenje
- c) Nosečnost

Označite do 5 najhujših stranskih učinkov

- Poslabšanje obstoječe bolezni, katere: _____
- Gripa ali gripi podobna bolezen
- Težko dihanje – dispnea
- Pljučnica
- Motnje okusa (izguba, spremembe)
- Motnje vonja (izguba, spremembe)
- Motnje sluha (gluhost, spremembe)
- Šumenje ali zvonjenje v ušesih – tinitus
- Oslabelost/šibkost rok ali nog
- Vrtoglavica
- Mravljinčenje
- Epileptični napadi
- Paraliza obraza po eni strani – pareza obraznega živca – Bellova paraliza
- Paraliza ene celotne strani telesa – hemiplegija
- Paraliza v nogah in/ali rokah

- Pasavec – herpes zoster
- Druge kožne težave
- Otekanje sklepov
- Krvavenje iz prebavil
- Kronična vnetna črevesna bolezen
- Kronično avtoimuno vnetje jeter – avtoimunski hepatitis
- Motnje srčnega ritma (srčni zastoj, prehitro utripanje srca, neredno utripanje srca – aritmija
- Srčni infarkt, kap
- Vnetje srčne mišice – miokarditis
- Tromboza zunanjih ven (npr. v nogah)
- Globoka venska tromboza
- Pljučna embolija
- Možganska kap
- Druge težave – napišite sami: _____

Ali ste po cepljenju zboleli za Covid-19?

- a) Da, potrjeno s PCR/HAG testom
- b) Ne
- c) Ni podatka

Drugi odmerek

Datum cepljenja _____

Ime cepiva

- g) Pfizer/BioNTech (Comirnaty)
- h) Astra Zeneca EU (Astra Zeneca, Vaxevria)
- i) Moderna (COVID-19 Vaccine Moderna, Spikevax)
- j) Johnson & Johnson (COVID-19 Vaccine Jansen)
- k) RDIF (Sputnik V)
- l) China National Biotec Group (Sinovac)

Neželeni učinki

- c) Da
- d) Ne

Serijska številka cepiva: _____

Akutne bolezni

Ste imeli ob cepljenju kakšne znake akutnih bolezni (prehlad, vročina, glavobol, alergija, srbečica, kožni izpuščaji, rana na želodcu ali dvanajsterniku...)

- d) Da
- e) Ne, bil/a sem zdrav/a
- f) Ni podatka

Če ste imeli akutne bolezni napišite katere _____

Ste bili v času cepljenja noseči ali ste dojili?

- d) Ne
- e) Dojenje
- f) Nosečnost

Označite do 5 najhujših stranskih učinkov

- Poslabšanje obstoječe bolezni, katere: _____
- Gripa ali gripi podobna bolezen
- Težko dihanje – dispnea
- Pljučnica
- Motnje okusa (izguba, spremembe)
- Motnje vonja (izguba, spremembe)
- Motnje sluha (gluhost, spremembe)
- Šumenje ali zvonjenje v ušesih – tinitus
- Oslabelost/šibkost rok ali nog
- Vrtoglavica
- Mravljinčenje
- Epileptični napadi
- Paraliza obraza po eni strani – pareza obraznega živca – Bellova paraliza
- Paraliza ene celotne strani telesa – hemiplegija
- Paraliza v nogah in/ali rokah

- Pasavec – herpes zoster
- Druge kožne težave
- Otekanje sklepov
- Krvavenje iz prebavil
- Kronična vnetna črevesna bolezen
- Kronično avtoimuno vnetje jeter – avtoimunski hepatitis
- Motnje srčnega ritma (srčni zastoj, prehitro utripanje srca, neredno utripanje srca – aritmija
- Srčni infarkt, kap
- Vnetje srčne mišice – miokarditis
- Tromboza zunanjih ven (npr. v nogah)
- Globoka venska tromboza
- Pljučna embolija
- Možganska kap
- Druge težave – napišite sami: _____

Ali ste po cepljenju zboleli za Covid-19?

- d) Da, potrjeno s PCR/HAG testom
- e) Ne
- f) Ni podatka

Tretji odmerek

Datum cepljenja _____

Ime cepiva

- m) Pfizer/BioNTech (Comirnaty)
- n) Astra Zeneca EU (Astra Zeneca, Vaxevria)
- o) Moderna (COVID-19 Vaccine Moderna, Spikevax)
- p) Johnson & Johnson (COVID-19 Vaccine Jansen)
- q) RDIF (Sputnik V)
- r) China National Biotec Group (Sinovac)

Neželeni učinki

- e) Da
- f) Ne

Serijska številka cepiva: _____

Akutne bolezni

Ste imeli ob cepljenju kakšne znake akutnih bolezni (prehlad, vročina, glavobol, alergija, srbečica, kožni izpuščaji, rana na želodcu ali dvanajsterniku...)

- g) Da
- h) Ne, bil/a sem zdrav/a
- i) Ni podatka

Če ste imeli akutne bolezni napišite katere _____

Ste bili v času cepljenja noseči ali ste dojili?

- g) Ne
- h) Dojenje
- i) Nosečnost

Označite do 5 najhujših stranskih učinkov

- Poslabšanje obstoječe bolezni, katere: _____
- Gripa ali gripi podobna bolezen
- Težko dihanje – dispnea
- Pljučnica
- Motnje okusa (izguba, spremembe)
- Motnje vonja (izguba, spremembe)
- Motnje sluha (gluhost, spremembe)
- Šumenje ali zvonjenje v ušesih – tinitus
- Oslabelost/šibkost rok ali nog
- Vrtoglavica
- Mravljinčenje
- Epileptični napadi
- Paraliza obraza po eni strani – pareza obraznega živca – Bellova paraliza
- Paraliza ene celotne strani telesa – hemiplegija
- Paraliza v nogah in/ali rokah

- Pasavec – herpes zoster
- Druge kožne težave
- Otekanje sklepov
- Krvavenje iz prebavil
- Kronična vnetna črevesna bolezen
- Kronično avtoimuno vnetje jeter – avtoimunski hepatitis
- Motnje srčnega ritma (srčni zastoj, prehitro utripanje srca, neredno utripanje srca – aritmija)
- Srčni infarkt, kap
- Vnetje srčne mišice – miokarditis
- Tromboza zunanjih ven (npr. v nogah)
- Globoka venska tromboza
- Pljučna embolija
- Možganska kap
- Druge težave – napišite sami: _____

Ali ste po cepljenju zboleli za Covid-19?

- g) Da, potrjeno s PCR/HAG testom
- h) Ne
- i) Ni podatka

Četrty odmerek

Datum cepljenja _____

Ime cepiva

- s) Pfizer/BioNTech (Comirnaty)
- t) Astra Zeneca EU (Astra Zeneca, Vaxevria)
- u) Moderna (COVID-19 Vaccine Moderna, Spikevax)
- v) Johnson & Johnson (COVID-19 Vaccine Jansen)
- w) RDIF (Sputnik V)
- x) China National Biotec Group (Sinovac)

Neželeni učinki

- g) Da
- h) Ne

Serijska številka cepiva: _____

Akutne bolezni

Ste imeli ob cepljenju kakšne znake akutnih bolezni (prehlad, vročina, glavobol, alergija, srbečica, kožni izpuščaji, rana na želodcu ali dvanajsterniku...)

- j) Da
- k) Ne, bil/a sem zdrav/a
- l) Ni podatka

Če ste imeli akutne bolezni napišite katere _____

Ste bili v času cepljenja noseči ali ste dojili?

- j) Ne
- k) Dojenje
- l) Nosečnost

Označite do 5 najhujših stranskih učinkov

- Poslabšanje obstoječe bolezni, katere: _____
- Gripa ali gripi podobna bolezen
- Težko dihanje – dispnea
- Pljučnica
- Motnje okusa (izguba, spremembe)
- Motnje vonja (izguba, spremembe)
- Motnje sluha (gluhost, spremembe)
- Šumenje ali zvonjenje v ušesih – tinitus
- Oslabelost/šibkost rok ali nog
- Vrtoglavica
- Mravljinčenje
- Epileptični napadi
- Paraliza obraza po eni strani – pareza obraznega živca – Bellova paraliza
- Paraliza ene celotne strani telesa – hemiplegija
- Paraliza v nogah in/ali rokah

- Pasavec – herpes zoster
- Druge kožne težave
- Otekanje sklepov
- Krvavenje iz prebavil
- Kronična vnetna črevesna bolezen
- Kronično avtoimuno vnetje jeter – avtoimunski hepatitis
- Motnje srčnega ritma (srčni zastoj, prehitro utripanje srca, neredno utripanje srca – aritmija)
- Srčni infarkt, kap
- Vnetje srčne mišice – miokarditis
- Tromboza zunanjih ven (npr. v nogah)
- Globoka venska tromboza
- Pljučna embolija
- Možganska kap
- Druge težave – napišite sami: _____

Ali ste po cepljenju zboleli za Covid-19?

- j) Da, potrjeno s PCR/HAG testom
- k) Ne
- l) Ni podatka