



Regione Toscana

Formular aprovimi për vaksinim

PFIZER-BIONTECH COVID-19 MODERNA COVID-19 VAXZEVRIA COVID-19 JANSSEN

Emër e mbiemër _____

Data e lindjes _____ Vendi i lindjes _____

Vendbanimi _____ telefoni _____

Karta shëndetësore (nëse e disponueshme) n. _____

Kam lexuar, më është shpjeguar në një gjuhë të njohur, dhe kam kuptuar plotësisht dokumentin informues të hartuar nga Agjensia Italiane e farmaceutikës (AIFA) për sa i përket vaksinës së përmendur më sipër. Kam vënë në dijeni Mjekun për patologjitë, aktuale dhe/ose të kaluara, dhe terapitë që janë duke kryer aktualisht. Kam pasur mundësinë për të shtruar pyetje për sa i përket vaksinës dhe gjendjes sime shëndetësore, duke marrë përgjigje të plota dhe të kuptuara nga unë. Jam informuar korrektësisht me fjalë të kuptueshme për mua. Kam marrë në konsideratë përfitimet dhe rreziqet e vaksinimit, mënyrat dhe alternativat terapeutike, dhe konsekuencat e një refuzimi të mundshëm ose të një mos plotësimi të vaksinimit me dozën e dytë, nëse është parashikuare. Jam i vetëdijshëm që nëse verifikohet ndonjë efekt anësor, do të jetë përgjegjësia ime të informoj menjëherë Mjekun kurues dhe të ndjek indikacionet e tij. Pranoj të qëndroj në sallën e pritjes për të paktën 15 minuta nga marrja e vaksinës për t'u siguruar që nuk do të verifikohen reaksione negative të menjëhershme.

APROVOJ DHE AUTORIZOJ vaksinimin përmes vaksinës së përmendur më sipër

Data _____ dhe vendi _____

Firma e personit që vaksinohet ose e përfaqësuesit ligjor _____

REFUZOJ marrjen e vaksinës së përmendur më sipër

Data _____ dhe vendi _____

Firma e personit që refuzon vaksinën ose e përfaqësuesit të tij ligjor _____

PERSONELI SHËNDETËSOR QË KA KRYER VAKSINIMIN

1. Emër e mbiemër _____

Roli _____

Konfirmoj që personi që do vaksinohet ka dhënë miratimin e tij për vaksinim, pasi është informuar në mënyrë korrekte.

Firma _____

2. Emër e mbiemër _____

Roli _____

Konfirmoj që personi që do vaksinohet ka dhënë miratimin e tij për vaksinim, pasi është informuar në mënyrë korrekte.

Firma _____

Prania e personelit të dytë shëndetësor nuk është thelbësore në rast vaksinimi në klinikë ambulatore ose në Kontekst tjetër ku vepron një mjek i vetëm, në banesën e personit që vaksinohet, ose në një gjendje kritike logjistike-organizative.

CONSENSO UNIFICATO 01 – ITALIANO 14.06.21

SKEDA E ANAMNEZES

Të plotësohet nga individi që do të vaksinohet e të rishikohet së bashku me personelin shëndetësor të caktuar.

Emër e mbiemër	telefoni		
ANAMNEZA	PO	JO	NUK E DI
Aktualisht, jeni sëmurë?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keni temperaturë?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuani nga alergji prej lateksit, prej ndonjë ushqimi, medikamenti, apo perbërësi të vaksinës? Nëse po, specifikojeni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keni pasur ndonjëherë reaksion të rëndë pas marrjes së një vaksine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuani nga sëmundje kardiale, të mushkërive, astma, sëmundje të veshkave, diabeti, anemi ose sëmundje të tjera gjaku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ndodhëni në gjendje të kompromentuar të sistemit imunitar? (psh; kancer, leucemi, limfomë, HIV/AIDS, transplant, etj?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Në 3 muajt e fundit, keni marrë mjekime që dobësojnë sistemin imunitar (psh; kortizon, prednizon, ose steroide të tjera) mjekime kundër kancerit? I jeni nënshtruar trajtimeve me rrezatim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjatë vitit të kaluar, keni marrë transfuzione të gjakut ose të produkteve hematike, injeksione me imunoglobulinë (gamma) ose ilace antivirale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keni pasur atake konvulsive ose probleme të tjera në tru dhe në sistemin nervor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keni bërë vaksinime gjatë katër javëve të fundit? Nëse po, cilën/cilat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Për gratë; jeni shtatzënë ose mendoni të mbeteni shtatzënë gjatë muajit pas marrjes së dozës së parë?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeni duke ushqyer fëmijën me gji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Specifikoni më pas mjekimet, sidomos ato me antikoagulantë, integratorë natyrorë, vitamina, minerale ose mjekime alternative të mundshme, që jeni duke marrë: _____

ANAMNEZA E LIDHUR ME COVID 19	PO	JO	NUK E DI
Gjatë muajit të fundit keni qenë në kontakt me ndonjë person të infektuar ose të sëmurë nga SARS –COVID 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifestoni ndonjë nga simptomat e mëposhtme?			
• Kollë (të ftohtë), temperaturë, dispnea (marrje fryme), simptoma të ngjashme me gripin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dhimbje gryke, humbje të nuhatjes ose shijes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dhimbje barku, diarre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mavijosje jonormale, gjakderdhje, skuqje të syve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Keni udhëtuar jashtë vendit gjatë muajit të fundit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test Co-Vid 19			
• Asnjë test Co-Vid 19 kohët e fundit			
• Test Co-Vid 19 Negativ (Data _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Test Co-Vid 19 Pozitiv (Data _____)			
• Në pritje të testit Co-Vid 19 (Data _____)			

Referoni patologji të mundshme ose të reja mbi gjendjen tuaj shëndetësore: _____

Data e vendi _____

Firma e personit që do të vaksinohet ose e përfaqësuesit të tij/saj ligjor _____