

Obrazac za procjenu rizika obolijevanja migranta od VPD-a i njegovih potreba za cijepljenjem

Ime:

Prezime:

Datum rođenja:

Dob:

Spol: ☐ M ☐ Ž

Dostupna dokumentacija o procijepljenosti:

Anamneza

Čimbenici rizika (tj. *imunosupresija, šećerna bolest, plućna bolest, itd.*):

Fiziološka stanja

(tj. *trudnoća*):

**Utvrđite kontraindikacije i mjere
predostrožnosti**

*Apsolutne
(tj. teške alergijske reakcije):*

Fiziološka stanja

(tj. *trudnoća*):

Zemlja podrijetla:

Itinerar (obitavanje u izbjegličkim centrima, moguća izlaganja, trajanje mogućih izlaganja, trajanje boravka na različitim lokacijama, trajanje pojedinih etapa putovanja):

Vrsta posla koju migrant obavlja u zemlji - domaćinu:

Obiteljske okolnosti - Životni uvjeti:

(U migranata koji borave u sabirnim centrima, zatvorima i ustanovama koje osiguravaju dugoročnu skrb, rizik obolijevanja od gripe, hepatitisa B i meningokoknoga meningitisa raste):

Rizični obrasci ponašanja (uporaba droga za intravenoznu primjenu, putovanje, rizično spolno ponašanje, itd.):

PROMOVAX

Knjižica cijepljenja

odrasla
osoba

Ime:

Prezime:

Datum rođenja:

Spol: ☐ M ☐ Ž

Bilješke zdravstvenoga djelatnika (*alergijske reakcije, reakcije na cjepivo*):

Cjepivo	Vrsta cjepiva (LOT broj # & proizvođač)	Datum (dan/mjesec/ godina)	Potpis liječnika	Datum narednoga cijepljenja
Hepatitis B				
Difterija - Tetanus - Hripavac				
Ospice - Zaušnjaci - Rubeola				
Pneumokokne infekcije				
Gripa				
Drugo				

PROMOVAX

Knjižica cijepljenja



Ime:	Prezime:
Datum rođenja:	Spol: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž

Bilješke zdravstvenoga djelatnika (alergijske reakcije, reakcije na cjepivo):

Cjepivo	Vrsta cjepiva (LOT broj # & proizvođač)	Datum (dan/mjesec/godina)	Potpis liječnika	Datum narednoga cijepljenja
Difterija - Tetanus - Hripavac				
OPV/IPV				
Ospice - Zaušnjaci - Rubeola				
Vodene kozice				
Haemophilus influenzae tipa b				
Hepatitis B				
Pneumokokne infekcije				
Drugo				