

<b>ЛИСТА ЗА ПРОВЕРКА И СОГЛАСНОСТ ПРЕД ДА СЕ ПРИМИ ВАКЦИНАТА BACILLE CALMETTE-GUERIN (БЕ-СЕ-ЖЕ) Bacille Calmette-Guerin (BCG) pre vaccination checklist and consent</b>	SURNAME		D.O.B.	
	FIRST NAMES		AGE	SEX
	ADDRESS			
			POSTCODE	
	TELEPHONE		M.R.N.	

Подолу наброените информации се потребни за да се одреди дали сте во состојба да ја примите вакцината Bacille Calmette Guerin (Бе–Се–Же).

Тоа што е наброено подолу не значи дека вие или вашето дете нема да може да прими вакцина, **но ве молиме да и кажете на сестрата ако лицето кое треба да се вакцинира:**

- Денес не се чувствува добро (на пр: има температура повисока или еднаква на 38,5 °C);
- Има заболување што го ослабува неговиот/нејзиниот имунитет (пр: леукемија, рак, ХИВ/СИДА или малигна (канцерозна) состојба што ја зафаќа коскената срж или лимфниот систем), или прима тип на лечење што го ослабува имунитетниот систем (пр: стероидни лекови како кортизон и преднизон, хемотерапија или зрачење (радиолошка терапија);
- Имало сериозна реакција после примањето на некоја вакцина;
- Има некакви тешки алергии;
- Имало друга ваклина во текот на минатиот месец;
- Било изложено на случај кој што имал туберкулоза (ТБ) или е лице што редовно оди на прегледи за ТБ.

**ВЕ МОЛИМЕ ЗАПАМТЕТЕ - Бе-Се-Же вакцината не се препорачува во следниве случаи:**

- За лица кои што порано имале Позитивна реакција на туберкулин кожниот тест, што значи реакција поголема или еднаква на 5мм;
- За пациенти со инфекција од ХИВ и оние чиј што имунитет е нарушен (заради ризикот од распространување на Бе–Се–Же инфекцијата кај овие поединци);
- Лица со голем ризик од инфекција со ХИВ каде што не се знае каква е состојбата со ХИВ антителата;
- Поединци со раширени кожни заболувања;
- Бременени жени – до сега се нема покажано дека Бе–Се–Же предизвикува оштетување на плодот, но употребата на жива вакцина во бременоста не се препорачува; и

- Лицата кои што порано имале ТБ.

Во прилог на сето ова, лицата кои ќе добијат келоид лузни (изразена лузна) се известуваат дека после Бе-Се-Же вакцината повеќето од луѓето добиваат лузна и изразени лузни можат да се добијат на местото на Бе-Се-Же вакцината.

**Ве молиме кажете и на сестрата ако некоја од погорните случаи важи за вас или за вашето дете пред да се прими Бе-Се-Же вакцината. Ако имате некакви прашања во врска со овие информации или некое друго прашање во врска со Бе-Се-Же вакцината, ве молиме да и се обратите на сестрата пред да се даде вакцината.**

**Сестрата ќе ве праша дали:**

- Сте го прочитале овој формулар и општите информации за Бе-Се-Же вакцината, и дали
- Ви требаат повеќе информации за да решите дали да ја примите Бе-Се-Же вакцината.

---

Бев информиран/а за ризиците и бенефициите од Бе-Се-Же вакцината и ми беше дадена можност да дискутирам за нив со сестрата од клиниката за градни болести. Информациите што ги наведов јас се точни колку што ми е мене познато.

**Се согласувам да се даде Бе-Се-Же вакцина за:  
*I consent to the administration of the BCG vaccine for:***

Прецртајте го неточниот одговор: **МЕНЕ / МОЕТО ДЕТЕ**  
*Cross out the incorrect response: MYSELF / MY CHILD*

Потпис: \_\_\_\_\_ Датум: \_\_\_\_\_  
*Signature: Date:*

Име и презиме: \_\_\_\_\_ Врска со пациентот: \_\_\_\_\_  
*Print Name: Relationship:*

**Сестра од клиниката за градни болести/Вакцина дадена од:  
*Chest Clinic Nurse / Immuniser:***

Име и презиме: \_\_\_\_\_ Потпис: \_\_\_\_\_  
*Print Name: Signature:*

**Comments:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_