

БЕ-СЕ-ЖЕ ВАКЦИНА ПРОВЕРА И САГЛАСНОСТ ПРЕ ВАКЦИНАЦИЈЕ Bacille Calmette-Guerin (BCG) pre vaccination checklist and consent	SURNAME		D.O.B.		
	FIRST NAMES		AGE	SEX	
	ADDRESS				
				POSTCODE	
	TELEPHONE			M.R.N.	

Информације које тражимо у овом упитнику потребне су нам да бисмо одредили да ли можете да примите Бе-Се-Же вакцину (**Bacille Calmette Guerin (BCG) vaccination**).

Услови наведени у овом упитнику не значе нужно да ви или ваше дете нећете моћи данас да примите вакцину, **али вас молимо да обавезно обавестите медицинску сестру уколико особа која би требало да прими вакцину спада у једну од ових категорија:**

- Не осећа се добро (на пример, има температуру која достиже или прелази 38.5 Ц);
- Има обољење које умањује њен/његов имунитет (на пример, леукемију, рак, HIV/AIDS, малигна обољења коштане сржи или лимфног система); или је подвргнута лечењу које умањује имунитет (на пример, узима стероиде као што су кортизони **cortisone** и преднизони **prednisone**, или прима хемотерапију или радиотерапију);
- Приликом било које од ранијих вакцинација имала је јаку реакцију.;
- Има било какве тешке алергије;
- Особа је у последњих месец дана примила неку другу вакцину;
- Била је изложена контакту са особом оболелом од туберкулозе (ТБ) или позвана на преглед као лице које је било у контакту са ТБ.
- Већ је раније примила Бе-Се-Же **BCG** вакцину за ТБ.

ВАЖНА НАПОМЕНА: Бе-Се-Же **BCG вакцинација се не препоручује:**

- Особама које су раније имале позитивну реакцију на кожни тест туберкулином, то јест реакцију у износу од 5мм. или јачу;
- Пацијентима који имају HIV инфекцију и свима са умањеним имунитетом (због опасности од ширења **BCG** инфекције у ослабљеном организму);
- Особама са великим ризиком од HIV инфекције где је још неразјашњен статус HIV антитела.
- Особама са раширеним обољењем коже;

- Трудницама - Мада никада није било доказано да Бе-Се-Же изазива општећења плода, коришћење живе вакцине током трудноће се никако не препоручује; и
- Особама које су раније имале ТБ.

Поред тога, особе код којих се јављају келоидни ожиљци (испупчено ткиво) треба да имају у виду да Бе-Се-Же вакцинација оставља ожиљак и да се на месту вакцинације може јавити келоидна израслина.

Ако ви или ваше дете spadate у неку од горенаведених категорија, молимо вас да пре BCG вакцинације о томе обавезно обавестите медицинску сестру. Ако имате било каквих додатних питања у вези са BCG вакцинацијом, молимо вас обратите се медицинској сестри пре вакцинације.

Медицинска сестра ће вас питати следеће:

- Да ли сте прочитали и разумели овај формулар и информацију о Бе-Се-Же BCG вакцинацији и
- Да ли су вам потребне додатне информације да бисте могли да одлучите да ли ћете примити Бе-Се-Же BCG вакцину.

Обавештен сам о опасностима и предностима Бе-Се-Же BCG вакцине и имао/имала сам прилике да о томе разговарам са медицинском сестром са клинике за плућне болести. Све информације које сам дао/дала су, колико ја знам, тачне.

Сагласан/сагласна сам да се Бе-Се-Же BCG вакцина да:
I consent to the administration of the BCG vaccine for:

Прецртајте неисправан одговор:
Cross out the incorrect response:

МЕНИ / МОМ ДЕТЕТУ
MYSELF / MY CHILD

Потпис:
Signature: _____

Датум:
Date: _____

Име штампаним словима:
Print Name: _____

Сродство:
Relationship: _____

Медицинска сестра/имунизатор:
Chest Clinic Nurse / Immuniser:

Име штампаним словима:
Print Name: _____

Потпис:
Signature: _____

Напомене Comments: _____

