

| | | | | |
|---|-------------|--|----------|-----|
| <p align="center">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</p> | 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;
- Бремени 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:
Cross out the incorrect response:

**МЕНЕ / МОЕТО ДЕТЕ
MYSELF / MY CHILD**

Потпис:
Signature: _____

Датум:
Date: _____

Име и презиме:
Print Name: _____

Врска со пациентот:
Relationship: _____

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

Име и презиме:
Print Name: _____

Потпис:
Signature: _____

Comments: _____

