

BACILLE CALMETTE-GUERIN (BCG) PRIJE CIJEPLJENJA KONTROLNA LISTA I PRISTANAK Bacille Calmette-Guerin (BCG) pre vaccination checklist and consent	SURNAME		D.O.B.	
	FIRST NAMES		AGE	SEX
	ADDRESS			
	TELEPHONE		POSTCODE	
			M.R.N.	

Slijedeće informacije su potrebne zbog provjeravanja vaše kondicije za cijepljenje sa Bacille Calmette Guerin (BCG) (Bacille Calmette Guerin (BCG) vaccination).

Dolje nabrojeni uvjeti ne moraju značiti da vi ili vaše dijete danas ne možete biti cijepljeni, **ali recite sestri ako onaj koji bi trebao biti cijepljen:**

- Danas se ne osjeća dobro (npr. ima temperaturu $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$).
- Pati od bolesti koja snižuje imunitet (npr. od leukemije, raka, HIV/Aids ili zloćudnosti povezane s koštanom srži ili limfoidnim sustavom); ili ako prima terapiju koja snižuje imunitet (npr. preparate bazirane na steroidima kao ili kortizone i prednizone, prima kemoterapiju ili zračenje);
- Ako je ikada imao jaku reakciju od bilo kojeg cjepiva;
- Sklon je jakim alergijama?
- Primio je neko drugo cjepivo tijekom prošloga mjeseca;
- Bio je izložen slučaju tuberkuloze (TB) ili ga se slijedilo kao TB kontakt
- Već je prije primio BCG cjepivo protiv TB.

UPOZORENJE - BCG cijepljenje se ne preporuča:

- Pojedincima s prijašnjom pozitivnom reakcijom na tuberkulinski kožni test, odnosno reakcijom od $\geq 5\text{mm}$;
- Pacijentima sa HIV infekcijom i onima čiji je imunitet oslabljen (zbog rizika izazivanja BCG infekcije u takvih osoba);
- Pojedincima s visokim rizikom od HIV infekcije gdje je HIV status antitijela nepoznat;
- Pojedincima s rasprostranjenom kožnom bolešću;
- Trudnicama - premda se nije nikada pokazalo da BCG uzrokuje oštećenje fetusa, živa se cjepiva ne preporučaju za vrijeme trudnoće, i

- Pojedincima koji su već prije imali TB.

Uz to se osobama sklonim razvijanju keloidnih ožiljaka (izbočenog ožiljnog tkiva) daje na znanje da u većine ljudi nakon BCG cijepljenja ostaje ožiljak, te da se na mjestu cijepljenja mogu razviti keloidni ožiljci.

Recite sestri prije BCG cijepljenja ako se bilo koje od gore navedenih stanja odnosi na vas ili na vaše dijete. Ako želite postaviti neka pitanja u vezi ove informacije ili bilo kojeg drugog predmeta koji se odnosi na BCG cijepljenje, upitajte sestru prije cijepljenja.

Sestra će vas upitati:

- Jeste li pročitali i razumjeli ovaj obrazac i listak s Informacijama o BCG cijepljenju, i ako:
- Trebate dodatne informacije da možete odlučiti je biste li primili BCG cjepivo.

Primio/la sam informacije o rizicima i prednostima BCG cijepljenja i imao/la sam mogućnosti diskutirati o tome sa sestrom iz plućne klinike. Informacije koje sam dao/la su koliko ja znam istinite.

Dajem svoj pristanak za primanje BCG cjepiva za:

I consent to the administration of the BCG vaccine for:

Precrtajte netočni odgovor:

Cross out the incorrect response:

SEBE / MOJE DIJETE
MYSELF / MY CHILD

Potpis:

Signature: _____

Datum:

Date: _____

Ime tiskanim slovima:

Print Name: _____

Odnos:

Relationship: _____

Sestra Plućne klinike/Cjepitelj:

Chest Clinic Nurse / Immuniser:

Ime tiskanim slovima:

Print Name: _____

Potpis:

Signature: _____

Napomene (Comments): _____

