



## COVID-19 Согласност за вакцинација

Вакцина \_\_\_\_\_

Вакцинацијата против COVID-19 ќе ја намали можноста да се разболете од болест COVID-19. Како и сите лекови, ниту една вакцина не е целосно ефикасна. Потребни се неколку недели по примање на вакцината за вашето тело да создаде заштита кон **вирусот SARS-CoV-2**. Некои луѓе сè уште можат да добијат COVID-19 и покрај вакцинирањето, но со примање на вакцината се намалува сериозноста на болеста. Потребно е да примите две дози од вакцината за да бидете заштитени. Вакцината не може да ве зарази со COVID-19. **Сè уште треба да ги следите упатствата за почитување на превентивните мерки за заштита од COVID-19 како: носење заштитна маска, одржување на физичка дистанца, хигиена на рацете итн.**

Како и сите лекови, вакцините можат да предизвикаат несакани ефекти. Повеќето од нив се благи и краткотрајни, а не сите ги добиваат. **Прочитајте информации и повеќе детали за вакцината и можните несакани ефекти на [www.kovid19vakcinacija.mk](http://www.kovid19vakcinacija.mk)**  
Можете да пријавите сомнителни несакани ефекти на <https://malmed.gov.mk/>

Име и презиме	Телефон за контакт:	
	Тел 1.	
ЕМБГ	Тел 2.	
Адреса и место на живеење:		

**Ве молиме одговорете ги прашањата подолу:**

(Одговорот **Да** на некое од прашањата не претставува контраиндикација за примање на вакцината)

Дали имате симптоми на COVID-19 - покачена температура, појава на кашлица, отежнато дишење, болка во грлото, намалување или губење на осет за мирис или вкус, треска, малаксаност, болки во мускулите, дијареја, течење или затнат нос без друга позната причина?	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да
Дали претходно сте имале алергиска реакција на која било вакцина или друга терапија која се дава со инјекција?	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да
Дали сте примиле друга вакцина (што не е вакцина против COVID-19) во изминатите 14 дена?	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да
Дали имате нарушување на крвта или земате лекови што може да влијае на згрутчување на крвта (лекови по шема, антикоагулантна терапија)?	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да
Дали сте бремени или можно е да сте бремени?	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да
Дали доите?	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да

Се согласувам да примам вакцина

Потпис	Име и презиме (печатни букви)	Датум и место
--------	-------------------------------	---------------

Ако потпишувате за некој друг, освен за себе, наведете ја вашата врска со таа друга личност:

Доколку потпишувам за некој друг, потврдувам дека сум родител / законски старател или овластен донесувач на одлуки за лицето.

