**NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO PGŽ**

**ODJEL ŠKOLSKE I SVEUČILIŠNE MEDICINE**

**Upitnik kod cijepljenja preporučenim cjepivom protiv HPV-a**

IME I PREZIME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATUM ROĐENJA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAKULTET:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SMJER:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AKADEMSKA GODINA UPISA :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MBO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OIB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt (broj mobitela): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Upitnik kod cijepljenja protiv HPV-a**

1. Imate li akutnu infekciju ( npr. respiratornog sustava)? Da Ne
2. Jeste li imali nuspojava pri prethodnim cijepljenjima? Da Ne

Ako da, navedite nuspojavu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Jeste li alergični na neki sastojak u ovom cjepivu? Da Ne
2. Bolujete li od neke kronične bolesti? Da Ne
3. Ako da, navedite o čemu se radi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Uzimate li kakve lijekove zbog toga? Da Ne

Ako da, navedite koje\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Jeste li cijepljeni bilo kojim cjepivom u zadnjih 15 dana ? Da Ne

\*zaokruži ili nadopuni

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka.

Mjesto i datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_