FISA DE SUPRAVEGHERE A CAZULUI DE RAPI

Cod caz:

| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |_ | _ | _ |

(abreviere auto judet / nr.din Registrul unic de boli transmisibile, conform HG 589/2007)

PACIENT :

Initiale nume, prenume: | _ | _ | _ | Data nasterii: | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Varsta: | _ | _ | ani , | _ | _ | luni Sex: M_ F_

Domiciliul: Judet: | _ | _ | Localitate _____ Strada _____

Mediul : U_ R_

Pentru copiii sub 5 ani, Greutatea la nastere : | _ | _ |_ | g Nr.frati si surori: | _ | _ |

DATE DESPRE VACCINARE:

Data vaccinarii**:** _ _ /_ _ / _ _ _ _, ora | _ | _ |

Enumerati toate vaccinurile administrate la data de mai sus:

Tipul de vaccin	Producatorul	Nr. lotului	Data expirarii	Calea de administrare	Rangul dozei

---

DATE DESPRE RAPI:

Data debutului RAPI : _ _ /_ _ / _ _ _ _, ora | _ | _ |

Tip RAPI:_____

Descrieti simptomele, data si ora debutului si tratamentul aplicat:

_____

_____

_____

_____

Pacientul se afla sub tratament pentru alte afectiuni? □Daca da, precizati _____

Bifati, daca este cazul, urmatoarele situatii:

Pacientul a decedat? □ Daca da, data decesului : _ _ /_ _ / _ _ _

Afectiunea a necesitat prezentarea la medic □

Afectiunea a necesitat spitalizare □ Daca da, nr.zile : | _ | _ |

Afectiunea a generat dizabilitate permanenta □

Nici una din situatiile mentionate mai sus □

Pacientul a fost recuperat Da / Nu / Necunoscut

REZULTATE RELEVANTE ALE INVESTIGATIILOR PARACLINICE :
_____
_____
_____
_____

ENUMERATI ALTE VACCINURI ADMINISTRATE IN INTERVALUL DE 4 SAPTAMANI ANTERIOR DEBUTULUI :

Tipul de vaccin	Producatorul	Nr. lotului	Data expirarii	Calea de administrare	Rangul dozei

Unitatea sanitara unde a fost administrat vaccinul :
_____

Numele si prenumele medicului care a supervizat vaccinarea :
_____

Numele , prenumele si profesia vaccinatorului:_____

Observatii privind stocarea si manipularea altor vaccinuri la nivelul cabinetului unde s-a administrat vaccinul: _____
_____
_____

Mentionati RAPI care au survenit dupa doze anterioare de vaccin:

	Tip RAPI	Varsta la debut	Tip vaccin	
La pacient				
La frati/surori				

Acest incident : reprezinta o aparitie singulara ☐ face parte dintr-un cluster ☐

Cauza RAPI:

asociata programului ☐ indusa de vaccin ☐ coincidenta ☐ de cauza necunoscuta ☐

Alte comentarii :
_____
_____

Data raportarii la ASPJ : Semnatura si parafa medicului care a supervizat vaccinarea
_ _ / _ _ / _ _ _ _ _____

Data raportarii la CPCBT : Semnatura si parafa medicului epidemiolog
_ _ / _ _ / _ _ _ _ _____