



Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

KOMISIJA ZA CEPLJENJE

**PREDLOG ZA TRAJNO OPUSTITEV OBVEZNEGA CEPLJENJA**

1. Podatki o osebi, za katero se predlaga trajna opustitev obveznega cepljenja:

Ime in priimek osebe:

Rojstni podatki osebe:

Naslov stalnega/začasnega bivališča osebe:

2. Podatki o starših/skrbnikih osebe, za katero se predlaga trajna opustitev obveznega cepljenja:

Ime in priimek matere: \_\_\_\_\_

Naslov stalnega/začasnega bivališča: \_\_\_\_\_

Ime in priimek očeta: \_\_\_\_\_

Naslov stalnega/začasnega bivališča: \_\_\_\_\_

3. Podatki o nalezljivi bolezni in cepivu:

\_\_\_\_\_  
(navedite nalezljivo bolezen, proti kateri naj se cepljenje trajno opusti)

\_\_\_\_\_  
(navedite lastniško ime cepiva, s katerim bi se oseba morala cepiti)

4. Razlogi za opustitev cepljenja:

Alergija na sestavine cepiva<sup>1</sup>:

\_\_\_\_\_  
(navedite, na katere sestavine cepiva je oseba alergična)

<sup>1</sup> Obvezna priloga je ustrezen zdravstveni dokument (izvid zdravnika ustrezne specialnosti, odpustnica iz bolnišnice), iz katerega je razvidno, kakšno alergijo na sestavine cepiva ima oseba in kako je bila diagnosticirana.

Resen neželen učinek cepiva po predhodnem odmerku istega cepiva<sup>2</sup>:

\_\_\_\_\_

(navedite kakšen neželen učinek je utrpela oseba, kdaj in po katerem cepivu)

<sup>2</sup> Obvezna priloga je ustrezen zdravstveni dokument (izvid zdravnika ustrezne specialnosti, odpustnica iz bolnišnice), iz katerega je razvidna zdravstvena obravnava resnega neželenega učinka.

Bolezen ali zdravstveno stanje, ki je nezdržljivo s cepljenjem<sup>3</sup>:

(označite, zaradi katerega od spodaj naštetih bolezenskih stanj predlagate trajno opustitev obveznega cepljenja)

- huda okvara imunosti – prirojena okvara imunosti, pridobljena okvara imunosti zaradi bolezni ali zdravljenja,

- napredujoče ali nestabilno nevrološko obolenje, napredujoča encefalopatija, neobvladani krči oziroma neobvladana epilepsija,

- trombocitopenična purpura,

- druga bolezen ali zdravstveno stanje, ki je nezdržljivo s cepljenjem (navedite bolezen oziroma zdravstveno

stanje): \_\_\_\_\_.

<sup>3</sup> Obvezna priloga je ustrezen zdravstveni dokument (izvid zdravnika ustrezne specialnosti, odpustnica iz bolnišnice), ki potrjuje navedeno bolezen oziroma zdravstveno stanje.

#### 5. Predhodni cepilni status osebe:

Datum:

\_\_\_\_\_

Podpis zdravnika: \_\_\_\_\_

(če trajno opustitev obveznega cepljenja predlaga zdravnik)

Podpis staršev/skrbnika:

(če trajno opustitev obveznega cepljenja predlagajo starši oz. skrbnik otroka)

Mati: \_\_\_\_\_

Oče: \_\_\_\_\_

Skrbnik(ca): \_\_\_\_\_