**Upitnik o vakcinaciji pacijenata koji se leče na**

**Institutu za reumatologiju**

1. Datum rođenja : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Pol :

* Muški
* Ženski

1. Koja je glavna dijagnoza zbog koje se lečite biološkom terapijom?

* Reumatoidni artritis
* Psorijazni artritis
* Ankilozirajući spondilitis
* Juvenilni artritis
* Nije primenljivo

1. Da li uzimate neki od sledećih bolest modifikujućih lekova? - označite sve koje uzimate:

* Kortikosteroid (Pronison...)
* Metotreksat
* Arava
* Salazopirin
* Antimalarik (Quensil, Plaqeunil, Resochin..)
* neki drugi imunosupresiv (npr. Imuran, Cellcept)
* nijedan od navedenih

1. Na kojem biološkom leku ste trenutno?

* Anti TNF inhibitor (Enbrel, Humira, Simponi, Remicade, Inflectra) - zaokružite koji
* Actemra
* Mabthera
* JAK-STAT inhibitori (Xeljanz, Olumiant) - zaokružite koji
* Cosentyx

1. Da li ste imali dijagnostifikovanu COVID-19/SARS-CoV-2 infekciju od početka pandemije?

* Da
* Ne

1. Da li ste se vakcinisali? **(ukoliko niste, preskočite naredna pitanja)**

* Da, primio sam prvu dozu
* Da, primio sam obe doze
* Ne

1. Koju vakcinu ste primili?

* Pfizer
* Sinopharm
* Sputnik V
* Astra Zeneca

1. Da li ste imali dijagnostifikovanu COVID-19/SARS-CoV-2 infekciju pre vakcinacije?

* Da
* Ne

1. Datum prve doze vakcine (ne mora tačan datum, dovoljan je mesec vakcinacije): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Da li ste imali neku neželjenu reakciju nakon prve doze vakcine? (navedite koju):

* Svrab
* Crvenilo
* Otok
* Povišena temperatura
* Bol
* Drugo \_\_\_\_\_\_\_\_
* Nisam imao/la neželjenu reakciju

1. Datum druge doze vakcine (ne mora tačan datum, dovoljan je mesec vakcinacije): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Da li ste imali neku neželjenu reakciju nakon druge doze vakcine? (navedite koju):

* Svrab
* Crvenilo
* Otok
* Povišena temperatura
* Bol
* Drugo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nisam imao/la neželjenu reakciju

1. Da li ste imali dijagnostifikovanu COVID-19/SARS-CoV-2 infekciju posle vakcinacije?

* Da, nakon prve doze vakcine
* Da, nakon druge doze vakcine
* Ne

1. Da li ste bili lečeni u bolničkim uslovima zbog COVID-19/SARS-CoV-2 infekcije posle vakcinacije?

* Da, nakon prve doze vakcine
* Da, nakon druge doze vakcine
* Ne

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj istorije / sistemski broj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_