



MINISTERO
DELL'INTERNO

FORMULARI PËR TË SHPREHUR REFUZIMIN NDAJ VAKSINIMEVE

Mbiemri Emri: _____

Vendlindja e datëlindja: _____

Kodi fiskal ose kod i STP: _____

Struktura e pritjes: _____

Për të mbrojtur shëndetin kolektiv dhe individual, Departamenti i Shëndetit Publik, për të gjithë mysafirët që banojnë në Qendrat e Pritjes së Jashtëzakonshme (CAS) ofron vaksinime kundër sëmundjeve të mëposhtme: difteria, tetanosi, kolla e mirë, fruthi, shytat, rubeola, lia e dhenve, poliomieli, hepatiti B.

I nënshkruari deklaron se:

- e ka lexuar dhe kuptuar materialin informativ në lidhje me vaksinimet dhe sëmundjet që mund të parandalojnë;
- e ka pasur mundësinë të bëjë pyetje në lidhje me vaksinën/vaksinat dhe gjendjen time shëndetësore, duke marrë përgjigje shteruese që i kam kuptuar;
- i ka kuptuar përfitimet dhe rreziqet e vaksinimit/vaksinimeve si dhe pasojat e një refuzimi të mundshëm ose heqje dorë nga përfundimi i të gjithë ciklit të parashikuar.

Përveç kësaj, i vetëdijshëm se mos vaksinimi mund të shkaktojë përhapjen e këtyre sëmundjeve me pasojat të mundshme të rënda për shëndetin tim dhe të njerëzve të afërt me mua (familjarët, mysafirët e tjerë të strukturës), deklaroj nën përgjegjësinë time se nuk dëshiroj të bëj vaksinimet e mëposhtme:

- ☐ Vaksinimi kundër difterisë/tetanosit/kollës së mirë
- ☐ Vaksinimi kundër Fruthit/Shytave/Rubeolës
- ☐ Vaksinimi kundër Lisë së dhenve
- ☐ Vaksinimi kundër Hepatitit B
- ☐ Vaksinimi kundër poliomielitit

Në fund, u informova se nëse do të paraqisja simptoma të pajtueshme me sëmundjet e listuara më sipër, do të duhet të informoj menjëherë mjekun kurues dhe personin e kontaktit të CAS.

Në fund, deklaroj se jam informuar për mundësinë e ndryshimit të zgjedhjes sime dhe t'i bëj vaksinat e parashikuara në çdo moment.

Vendi dhe data

Firma (mbiemri emri)

Firma e Operatorit Shëndetësor
