**POTRDILO O CEPLJENJU**

*Na podlagi 22. člena Zakona o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo), Pravilnika o določitvi Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2018 in v skladu s Programom cepljenja in zaščite z zdravili je v Sloveniji za vse študente zdravstvenih programov obvezno cepljenje proti ošpicam, mumpsu, rdečkam, hepatitisu B, davici, tetanusu in oslovskem kašlju.*

*Pred opravljanjem praktičnega pouka (vaj) v zdravstveni ustanovi je pri študentu potrebno preveriti ali ima opravljena naslednja cepljenja:*

* 2 odmerka cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam;
* 3 odmerke cepiva proti hepatitisu B;
* Najmanj 1 odmerek cepiva proti oslovskemu kašlju (če bo opravljal prakso na oddelkih z najbolj ogroženimi skupinami kot so novorojenčki, nedonošenčki, dojenčki).

V kolikor študent nima pisnega dokazila o cepljenju proti ošpicam, mumpsu in rdečkam, hepatitisu B in oslovskemu kašlju, mora takoj pričeti s cepljenjem. S praktičnim poukom (vajami) v zdravstveni ustanovi lahko prične:

* 14 dni po prvem odmerku cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam,
* takoj po drugem odmerku cepiva proti Hepatitisu b (ki ju prejme s presledkom enega meseca),
* 14 dni po odmerku cepiva proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju (proti oslovskemu kašlju je na voljo le kombinirano cepivo).

Preverja se cepilni status za naslednjega študenta:

|  |
| --- |
| Ime in priimek študenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum rojstva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Študijski program:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ime in priimek osebnega zdravnika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Obkrožite ustrezno (*izpolni izbrani osebni zdravnik*):

a) S tem dokumentom potrjujem, da ima zgoraj navedeni študent **opravljena vsa obvezna** cepljenja za opravljanje praktičnega pouka v zdravstvenih ustanovah.

b) S tem dokumentom potrjujem, da ima zgoraj navedeni študent **delno opravljena** obvezna cepljenja. Manjkajo mu naslednja cepiva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) S tem dokumentom potrjujem, da zgoraj navedeni študent **nima opravljenega nobenega od zgoraj navedenih cepljenj**.

Podpis in žig osebnega zdravnika oz. zavoda: