

66	62017	Federalna uprava za inspeksijske poslove	6201	4201159630005	Fehima ef. Čurčića br. 6	71000	Sarajevo/Centar
67	63010	Agencija za reviziju privatizacije u Federaciji Bosne i Hercegovine	6301	4201988180009	Ustanička br. 11	71210	Sarajevo/Iliđža
68	64012	Federalna agencija za upravljanje oduzetom imovinom	6401	4202101410001	Put života br. 2	71000	Sarajevo/Novo Sarajevo

Objavlivanjem ovog Registra budžetskih korisnika Federacije Bosne i Hercegovine, stavlja se van snage Registar budžetskih korisnika Federacije Bosne i Hercegovine, broj 06-11-3-10-1317/2024 od 16. februara 2024. godine, objavljen u "Službenim novinama Federacije BiH", broj 17/24.

Broj 06-11-3-10-2453/2025
14. marta 2025. godine
Sarajevo

Ministar
Toni Kraljević, s. r.

FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

524

Na temelju članka 45. stavak (1) Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti ("Službene novine Federacije BiH", broj 29/05), federalni ministar zdravstva donosi

PRAVILNIK O NAČINU PROVEDBE OBVEZNE IMUNIZACIJE, IMUNOPROFILAKSE I KEMOPROFILAKSE PROTIV ZARAZNIH BOLESTI TE O OSOBAMA KOJE SE PODVRGAVAJU TOJ OBVEZI

I. TEMELJNE ODREDBE

Članak 1. (Predmet)

Ovim pravilnikom se uređuje način provedbe obvezne imunizacije, imunopofilakse i kemoprofilakse protiv određenih zaraznih bolesti, utvrđenih čl. 40., 41., 42. i 43. Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti ("Službene novine Federacije BiH", broj 29/05 – u daljnjem tekstu: Zakon) i utvrđuju osobe koje se podvrgavaju toj obvezi.

Članak 2.

(Sredstva za imunizaciju)

- Za imunizaciju protiv određenih zaraznih bolesti rabe se biološki preparati od inaktiviranih ili živih, dovoljno oslabljenih (atenuiranih) uzročnika zaraznih bolesti, njihovih proizvoda ili dijelova, koji se unose u ljudski organizam radi njegove aktivne imunizacije.
- Sredstva za imunizaciju moraju udovoljavati uvjetima utvrđenim propisima o proizvodnji i prometu lijekova, te biti odobrena za uporabu sukladno važećim propisima o stavljanju lijekova u promet u Bosni i Hercegovini.

Članak 3.

(Obavljanje imunizacije protiv zaraznih bolesti)

Imunizacija protiv zaraznih bolesti može se obavljati:

- pojedinačnim cijepljenjem protiv jedne zarazne bolesti davanjem monovalentnog cjepiva;
- protiv više zaraznih bolesti odjednom, davanjem kombiniranog cjepiva;
- istovremenim davanjem više cjepiva (istovremeno cijepljenje).

Članak 4.

(Imunizacija protiv zaraznih bolesti)

Pod imunizacijom protiv određenih zaraznih bolesti u smislu ovoga pravilnika, podrazumijeva se cijepljenje i docijepljivanje osoba koje podliježu imunizaciji.

Članak 5.

(Imunizacija kombiniranim cjepivom)

Imunizacija kombiniranim cjepivom može se obavljati:

- protiv difterije i tetanusa (DT, dT);

- protiv difterije, tetanusa i pertusisa – cjelostanični i acelularni (DTP);
- protiv difterije, tetanusa i pertusisa i poliomijelitisa (DTP-IPV);
- protiv difterije, tetanusa, pertusisa, poliomijelitisa i bolesti izazvanih hemofilusom influence tip b (DTP-IPV-Hib);
- protiv difterije, tetanusa, pertusisa, poliomijelitisa, bolesti izazvanih hemofilusom influence tip b i hepatitisa B (DTP-IPV-Hib);
- protiv poliomijelitisa (OPV tip 1 i 3, IPV);
- protiv morbila, rubeole i parotitisa (MRP);
- drugim kombiniranim cjepivom čije su komponente zastupljene u programu imunizacije.

Članak 6.

(Istovremena imunizacija)

- Istovremena imunizacija može se obavljati davanjem:
 - dva ili više inaktiviranih antigena;
 - dva ili više živih antigena;
 - više inaktiviranih i više živih antigena.
- Istovremeno imunizacija se može obaviti sukladno Programu obveznih imunizacija.
- Pri istovremenoj imunizaciji, cjepiva je potrebno davati (aplicirati) na različita mjesta. Cjepiva se ne smiju aplicirati intravenozno ni u glutealnu regiju.
- U slučaju epidemiološke indikacije moguće su i posebne kombinacije cjepiva, o čemu mišljenje daje Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Federalni zavod).

Članak 7.

(Kontinuirano i kampanjsko cijepljenje)

- Imunizacija protiv određenih zaraznih bolesti obavlja se tijekom cijele godine (kontinuirano cijepljenje). Iznimno, u naseljima u kojima nije organizirana zdravstvena služba, imunizacija se može obavljati i u određenom razdoblju (kampanjsko cijepljenje).
- Kampanjsko cijepljenje može se obavljati i u školama.
- Imunizacija se obavlja dok se ne imuniziraju sve osobe za koje je imunizacija obavezna, osim osoba kod kojih je imunizacija trajno kontraindicirana.

Članak 8.

(Epidemija zarazne bolesti)

Epidemija zarazne bolesti protiv koje se obavlja imunizacija nije kontraindikacija za imunizaciju osoba protiv te bolesti.

Članak 9.

(Razmaci između pojedinačnih doza istih ili različitih cjepiva)

- Razmaci između davanja pojedinačnih doza istih cjepiva moraju biti najmanje 28 dana.
- Ako se na daju istovremeno, razmaci između davanja različitih živih cjepiva moraju biti najmanje 28 dana.

- (3) Razmaci između davanja dva različita inaktivirana ili jednog inaktiviranog i jednog živog cjepiva nisu potrebni, odnosno mogu se dati u bilo kojim razmacima ili redoslijedu.
- (4) U slučaju epidemioloških indikacija, kao i u slučaju pojedinih cjepiva, razmak između dva cijepljenja može biti i drugačije naveden, a mišljenje daje Federalni zavod.

Članak 10.

(Kontraindikacije za imunizaciju pojedinih osoba)

- (1) Imunizaciji protiv određenih zaraznih bolesti ne podliježu osobe kod kojih doktor medicine utvrdi da postoje kontraindikacije propisane ovim pravilnikom.
- (2) Kontraindikacije za imunizaciju pojedinih osoba protiv zaraznih bolesti mogu biti opće i posebne, a po trajanju privremene ili trajne.

Članak 11.

(Opće kontraindikacije)

- (1) Opće kontraindikacije su:
- akutne bolesti;
 - febrilna stanja;
 - preosjetljivost na sastojke cjepiva;
 - anafilaktička reakcija na prethodnu dozu cjepiva.
- (2) Osim kontraindikacija iz stavka (1) ovog članka, kontraindikacije za živa atenuirana virusna cjepiva su i:
- stanje oslabljene imunosti (imunodeficijencija prirođena ili stečena u tijeku malignih bolesti, terapije antimitotobicima, kortikosteroidima – veće doze, alkilirajućim spojevima ili uslijed zračenja);
 - trudnoća.

Članak 12.

(Posebne kontraindikacije)

- (1) Posebne kontraindikacije su:
- za cijepljenje protiv tuberkuloze:
 - oštećenje staničnog imuniteta zbog HIV infekcije;
 - za pertusis:
 - progresivne bolesti središnjeg živčanog sustava (nekontrolirana epilepsija, infantilni spazmi, progresivna encefalopatija),
 - komplikacije na prethodnu dozu cjepiva (konvulzije, kolaps, stanje slično šoku u tijeku 48 sati od prethodne doze, encefalopatija u roku od 7 dana od prethodne doze), a kontraindikacije su iste za celularno i acelularno pertusis cjepivo;
 - za cijepljenje novorođenčadi protiv hepatitisa B:
 - vitalna ugroženost novorođenčeta i Apgar niži od 7.
- (2) Osim kontraindikacija navedenih u članku 11. ovog pravilnika i stavku (1) ovog članka, pri imunizaciji pojedinih zaraznih bolesti mogu postojati i druge kontraindikacije propisane od strane proizvođača cjepiva.

Članak 13.

(Privremene i trajne kontraindikacije)

- (1) Kontraindikacije za imunizaciju protiv određene zarazne bolesti određuje doktor medicine koji obavlja imunizaciju, odnosno pod čijim se nadzorom obavlja imunizacija, pregledom osoba koje podliježu obveznoj imunizaciji i uvidom u zdravstvenu dokumentaciju prije pristupanja imunizaciji, te na temelju nalaza specijaliste i subspecijaliste odgovarajućeg područja medicine (npr. neuropedijatar, klinički imunolog i alergolog, hematookolog i dr.).
- (2) Privremene kontraindikacije upisuju se u osnovnu dokumentaciju i odmah se određuje vrijeme i mjesto naknadne imunizacije.

- (3) Utvrđena trajna kontraindikacija za imunizaciju protiv određenih zaraznih bolesti se upisuje u osnovnu dokumentaciju, a u slučaju potrebe o tome se izdaje potvrda.

Članak 14.

(Prijava postvakcinalnih komplikacija)

- (1) Ako doktor medicine utvrdi neuobičajenu reakciju na primljeno cjepivo, o tome izvješćuje kantonalni zavod za javno zdravstvo, Federalni zavod i Agenciju za lijekove i medicinska sredstva Bosne i Hercegovine na Obrascu broj 1. "Prijava neželjene reakcije nakon cijepljenja".
- (2) Neželjena reakcija ili pojava nakon cijepljenja je medicinski događaj koji je uslijedio nakon provedbe imunizacije i koji može imati uzročnu povezanost s korištenjem cjepiva.
- (3) Nadležna epidemiološka služba zdravstvene ustanove, odnosno kantonalni zavod za javno zdravstvo istražuje prijavljenu ozbiljnu neželjenu reakciju nakon imunizacije, samostalno ili u suradnji s Federalnim zavodom. Neželjena reakcija ili pojava nakon imunizacije se smatra ozbiljnom ako dovodi do poremećaja zdravstvenog stanja ili ugrožavanja života (u dijelu VI, Prijave neželjene reakcije nakon cijepljenja). Istraga se provodi i ako se neželjene pojave javljaju izvan očekivane stope ili neuobičajene ozbiljnosti, ili ako se grupiraju. Izvješće o istraživanju slučaja neželjene pojave dostavlja se Federalnom zavodu na Obrascu broj 2. "Istraga ozbiljne neželjene pojave nakon imunizacije".
- (4) Ozbiljne neželjene pojave nakon imunizacije iz stavka (3) ovog članka, moraju se istražiti odmah, a najkasnije 48 sati po prijavi.
- (5) Stručno povjerenstvo za sigurnost imunizacije u okviru Stručnog savjetodavnog tijela za imunizaciju, imenovanog na temelju članka 64. stavak (2) Zakona donosi zaključak o uzročno-posljedičnoj povezanosti pojave i cjepiva. Zaključak Povjerenstva dostavlja se nadležnoj zdravstvenoj ustanovi, kantonalnom zavodu za javno zdravstvo, odnosno Agenciji za lijekove i medicinska sredstva Bosne i Hercegovine.

II. IMUNIZACIJA PROTIV ODREĐENIH ZARAZNIH BOLESTI

A. Imunizacija protiv tuberkuloze

Članak 15.

(Imunizacija protiv tuberkuloze)

Imunizaciji protiv tuberkuloze obvezno podliježu:

- novorođenčad, unutar 12-24 sata po rođenju, odnosno
- djeca do pet godina života - koja nisu iz bilo kojeg razloga do tada cijepljena.

Članak 16.

(Vrijeme obavljanja imunizacije protiv tuberkuloze)

- (1) Imunizacija protiv tuberkuloze obavlja se unutar 12-24 sata po rođenju, istovremeno s prvom dozom cjepiva protiv hepatitisa B.
- (2) Ako se cjepivo protiv tuberkuloze ne da istovremeno sa hepatitis B cjepivom po rođenju, novorođenče će se cijepiti protiv tuberkuloze u prvom kontaktu sa zdravstvenom službom, bez obzira na vremenski razmak.

Članak 17.

(Način obavljanja imunizacije protiv tuberkuloze)

- (1) Imunizacija protiv tuberkuloze se obavlja davanjem jedne doze odgovarajućeg BCG cjepiva intradermalno, u predio deltoidnog mišića lijeve nadlaktice.
- (2) Cijepljenju protiv tuberkuloze, bez prethodnog tuberkulinskog testiranja, obvezno podliježu i sva djeca do pet godina, koja nisu iz bilo kojeg razloga cijepljena u navedenom terminu. Prethodnom tuberkulinskom testiranju podliježu necijepljena djeca od navršanih 12 mjeseci do pet godina,

koja žive ili su živjela u kućanstvu s aktivnim slučajem tuberkuloze, suspektnim ili potvrđenim.

B. Imunizacija protiv bolesti uzrokovane hemofilusom influence tip b

Članak 18.

(Imunizacija protiv bolesti koje uzrokuje hemofilus influence tip b)

- (1) Imunizaciji protiv bolesti koje uzrokuje hemofilus influence tip b obvezno podliježu djeca u dobi od navršena dva mjeseca do navršene dvije godine.
- (2) Imunizacija se obavlja cijepljenjem i docjepljivanjem.
- (3) Cijepljenju protiv hemofilusa influence tip b podliježu djeca u dobi od navršena dva mjeseca života i mora se potpuno provesti do navršanih 12 mjeseci života. Cijepljenje se obavlja s tri doze cjepiva protiv hemofilusa influence tip b, s razmakom između pojedinačnih doza od najmanje 30 dana. Cjepivo se daje u dozi od 0,5 ml, intramuskularno, u anterolateralni dio srednje trećine bedra, odnosno u deltoidni mišić.
- (4) Docjepljivanju iz stavka (1) ovoga članka, podliježu djeca koja su potpuno cijepljena, najmanje šest mjeseci nakon cijepljenja, u pravilu do navršene dvije godine života.
- (5) Cjepivo protiv hemofilusa influence tip b se daje kao pojedinačno cjepivo ili kao kombinirano cjepivo (DTaP-IPV-Hib ili DTaP-IPV-Hib-HepB i dr.).

C. Imunizacija protiv difterije, tetanusa i pertusisa

Članak 19.

(Imunizacija protiv difterije)

- (1) Imunizaciji protiv difterije obvezno podliježu djeca u dobi od navršena dva mjeseca do navršanih 18 godina života.
- (2) Ako se difterija pojavi u epidemijskom obliku, imunizaciji protiv difterije podliježu i osobe u dobi iznad 18 godina koje mogu biti izložene opasnosti od zaraze.
- (3) Imunizacija protiv difterije, djece starije od sedam godina obavlja se samo cjepivom koje je posebno pripravljeno u tu svrhu.

Članak 20.

(Imunizacija protiv tetanusa)

Imunizaciji protiv tetanusa obvezno podliježu osobe u dobi od navršena dva mjeseca do navršanih 18 godina, a u slučaju ozljede i osobe iznad 18 godina.

Članak 21.

(Imunizacija protiv pertusisa)

Imunizaciji protiv pertusisa obvezno podliježu djeca u dobi od navršena dva mjeseca do navršanih sedam godina.

Članak 22.

(Način obavljanja imunizacije protiv difterije, tetanusa i pertusisa)

Obvezna imunizacija protiv difterije, tetanusa i pertusisa obavlja se cijepljenjem i docjepljivanjem kombiniranim cjepivom protiv difterije, tetanusa i pertusisa. Osim difterije, tetanusa i pertusisa, kombinirano cjepivo može sadržavati dodatne komponente (npr. hemofilusa influence tip b, virusa poliomijelitisa i/ili hepatitisa B).

Članak 23.

(Cijepljenje protiv difterije, tetanusa i pertusisa)

- (1) Cijepljenju protiv difterije, tetanusa i pertusisa podliježu djeca u dobi od navršena dva do navršanih 12 mjeseci.
- (2) Ako se iz bilo kojih razloga imunizacija iz stavka (1) ovoga članka ne obavi u utvrđenom roku, dijete će se cijepiti u razdoblju od navršanih 12 mjeseci do navršanih sedam godina.
- (3) Cijepljenje se obavlja davanjem tri doze kombiniranog cjepiva protiv difterije, tetanusa i pertusisa, s razmakom između

pojedinačnih doza od najmanje 30 dana. Ako razmak između pojedinačnih cijepjenja bude duži, cijepljenje ne treba ponavljati nego samo nastaviti s cijepljenjem do treće doze.

Članak 24.

(Cijepljenje protiv difterije i tetanusa)

- (1) Cijepljenju protiv difterije i tetanusa podliježu djeca u dobi od navršena dva mjeseca do navršanih sedam godina života koja se zbog kontraindikacija ne mogu cijepiti kombiniranim cjepivom protiv difterije, tetanusa i pertusisa. Cijepljenje se obavlja davanjem tri doze odgovarajućeg cjepiva protiv difterije i tetanusa (DT pediatric), u razmaku od najmanje 30 dana.
- (2) Cijepljenju protiv difterije i tetanusa podliježu i djeca/mladež od navršanih sedam do navršanih 18 godina života, ako do tada nisu cijepljena protiv tih bolesti ili ako nema dokaza da su cijepljeni. Cijepljenje se obavlja davanjem dvije doze odgovarajućeg cjepiva protiv difterije i tetanusa (dT pro adultis), u razmaku od najmanje 30 dana.

Članak 25.

(Cijepljenje protiv tetanusa)

- (1) Cijepljenju protiv tetanusa obvezno podliježu osobe starije od 18 godina u slučaju ozljede, ovisno o stanju ozljede i pacijentovog cijepnog statusa, tj. ako osoba nije primila najmanje tri doze cjepiva protiv tetanusa ili ako nema dokaza o cijepljenju.
- (2) Cijepljenje iz stavka (1) ovoga članka obavlja se davanjem dvije doze cjepiva protiv tetanusa (TT) s razmakom od jednog do tri mjeseca.
- (3) Docjepljivanje protiv tetanusa osoba cijepljenih nakon ozljeđivanja obavlja se davanjem jedne doze cjepiva, šest do 12 mjeseci nakon cijepljenja.
- (4) Osobu koja je primila tri ili više doza cjepiva protiv tetanusa, ako je proteklo više od 10 godina od zadnje doze cjepiva (kod većih i kontaminiranih ozljeda i nakon 5-10 godina od zadnje doze) potrebno je nakon ozljeđivanja docijepiti jednom dozom cjepiva protiv tetanusa.

Članak 26.

(Docjepljivanje protiv difterije, tetanusa i pertusisa)

- (1) Docjepljivanju protiv difterije, tetanusa i pertusisa podliježu djeca u drugoj godini života, koja su potpuno cijepljena, a od dana potpunog cijepljenja je prošlo najmanje šest mjeseci.
- (2) Drugom docjepljivanju protiv difterije, tetanusa i pertusisa podliježu djeca u šestoj godini života, odnosno do navršene sedme godine života. Preporučeni najmanji razmak između dva docjepljivanja iznosi četiri godine.
- (3) Docjepljivanje se obavlja davanjem jedne doze kombiniranog cjepiva protiv difterije, tetanusa i pertusisa, odnosno davanjem jedne doze cjepiva protiv difterije i tetanusa, intramuskularno u deltoidni mišić. Kombinirano cjepivo može sadržavati i dodatne komponente (npr. virus poliomijelitisa).
- (4) Trećem docjepljivanju protiv difterije i tetanusa podliježu djeca u 14 godini života. Docjepljivanju podliježe i mladež u završnom razredu srednje škole (trogodišnje i četverogodišnje srednje škole), odnosno mladež do navršanih 18 godina života koja ne pohađa školu, ako su propustili docjepljivanje protiv difterije i tetanusa u završnom razredu osnovne škole.
- (5) Docjepljivanje protiv difterije i tetanusa obavlja se davanjem jedne doze dT pro adultis cjepiva.

D. Imunizacija protiv poliomijelitisa

Članak 27.

(Imunizacija protiv poliomijelitisa)

- (1) Imunizaciji protiv poliomijelitisa obvezno podliježu djeca u dobi od navršena dva mjeseca do navršanih 14 godina.

- (2) Iznimno od odredbe stavka (1) ovoga članka obveznoj imunizaciji protiv poliomijelitisa podliježu i djeca odmah poslije rođenja (nulta doza cjepiva), kao i osobe starije od 14 godina po epidemiološkim indikacijama.
- (3) Imunizacija protiv poliomijelitisa obavlja se cijepljenjem i docjepljivanjem, inaktivnim cjepivom protiv poliomijelitisa.

Članak 28.

(Način obavljanja imunizacije protiv poliomijelitisa)

- (1) Cijepljenju protiv poliomijelitisa podliježu djeca s navršena dva do navršениh 12 mjeseci života.
- (2) Ako se iz bilo kojih razloga cijepljenje iz stavka (1) ovoga članka ne obavi u utvrđenom roku, poželjno je cijepljenje obaviti u razdoblju od navršениh 12 mjeseci do navršениh sedam godina. Ako se iz bilo kojih razloga cijepljenje ne obavi do navršene sedme godine, cijepljenje je potrebno obaviti do navršene 14 godine.
- (3) Cijepljenje protiv poliomijelitisa obavlja se davanjem tri doze inaktivnog cjepiva protiv poliomijelitisa (IPV, odnosno kombiniranog cjepiva koje u svom sastavu ima IPV) s razmakom između pojedinih doza od najmanje 30 dana. Cjepivo se daje intramuskularno u bedro ili deltoidni mišić.
- (4) U slučaju utvrđene epidemiološke situacije, može se dati živo oralno cjepivo protiv poliomijelitisa.

Članak 29.

(Docjepljivanje protiv poliomijelitisa)

- (1) Prvom docjepljivanju protiv poliomijelitisa podliježu djeca iz stavka (1) članka 28. ovog pravilnika. Od dana završetka potpunog cijepljenja do prvog docjepljivanja treba proći najmanje šest mjeseci.
- (2) Drugo docjepljivanje protiv poliomijelitisa obavlja se u šestoj godini života. Ako se ne obavi u navedenom roku, dijete će se docjepiti pri upisu u školu ili u prvom razredu osnovne škole, odnosno najkasnije do navršene 14 godine života.
- (3) Docjepljivanje se provodi davanjem jedne doze inaktivnog cjepiva protiv poliomijelitisa (IPV), kao pojedinačno ili kombinirano cjepivo.

E. Imunizacija protiv morbila, rubeole i parotitisa

Članak 30.

(Imunizacija protiv morbila, rubeole i parotitisa)

- (1) Imunizaciji protiv morbila, rubeole i parotitisa (MRP) obvezno podliježu djeca od navršениh 12 mjeseci do navršениh 14 godina i obavlja se cijepljenjem s dvije doze cjepiva.
- (2) Prvom cijepljenju protiv morbila, rubeole i parotitisa podliježu djeca od navršениh 12 mjeseci do navršениh pet godina života.
- (3) Ako se iz bilo kojih razloga cijepljenje ne obavi do navršene pete godine (osim trajnih kontraindikacija), cijepljenje je potrebno obaviti do 14 godine.
- (4) Cijepljenje protiv morbila, rubeole i parotitisa obavlja se davanjem jedne doze kombiniranog cjepiva.
- (5) Drugom cijepljenju protiv morbila, rubeole i parotitisa, podliježu djeca u šestoj godini života. Ako se drugo cijepljenje ne obavi u navedenom roku, dijete će se cijepiti pri upisu u školu ili u prvom razredu osnovne škole, odnosno do 14 godine. Minimalan razmak između dvije doze je 30 dana.
- (6) Ako prema procjeni epidemiološke službe postoje epidemiološke indikacije, cijepljenje protiv morbila obvezno je i za djecu od šest do 12 mjeseci života, ali se moraju ponovno cijepiti od 15 mjeseci do 24 mjeseca života.
- (7) Imunizacija protiv morbila i rubeole može se provoditi prema epidemiološkim indikacijama i kod osoba starijih od 15 godina.

F. Imunizacija protiv hepatitisa B

Članak 31.

(Indikacije za imunizaciju protiv hepatitisa B)

- (1) Imunizacija protiv hepatitisa B je obvezna za:
 - a) novorođenčad, odnosno djecu u prvoj godini života;
 - b) necijepljenu djecu do petnaeste godine života.
- (2) Imunizacija protiv hepatitisa B je indicirana za:
 - a) osobe u zdravstvenim i drugim ustanovama, kao i za zdravstvene djelatnike u privatnoj praksi, koji su pri obavljanju svog posla pojačano izloženi zarazi, odnosno pri obavljanju svog posla dolaze u neposredan dodir sa zaraženim osobama i zaraženim materijalom (krv, ekskreti, sekreti);
 - b) spolne partnere HbsAg pozitivnih osoba;
 - c) obiteljske kontakte HbsAg pozitivnih osoba;
 - d) bolesnike na hemodijalizi;
 - e) osoblje i štićenike zavoda za duševno oboljele osobe;
 - f) intravenske ovisnike o opojnim sredstvima;
 - g) oboljele od hemofilije i leukemije.

Članak 32.

(Način obavljanja imunizacije protiv hepatitisa B)

- (1) Imunizacija protiv hepatitisa B obavlja se cjepivom dobivenim genetskim inženjeringom iz površinskog antigena virusa hepatitisa B.
- (2) Za imunizaciju se koristi odgovarajuća doza cjepiva za određenu dob, po preporuci proizvođača.
- (3) Za imunizaciju bolesnika na hemodijalizi i osoba s oštećenjem imunog sustava, daje se dvostruka doza cjepiva za tu dob.

Članak 33.

(Način obavljanja imunizacije protiv hepatitisa B)

- (1) Imunizacija protiv hepatitisa B obavlja se s tri doze cjepiva protiv hepatitisa B, koje se daju intramuskularno po shemi prvi, trideseti i stoosamdeseti dan (0, 1, 6 mjesec).
- (2) Imunizacija novorođenčadi protiv hepatitisa B obavlja se davanjem tri doze odgovarajućeg cjepiva po shemi 0, 1, 6 mjesec. Prva doza daje se po rođenju u prvih 12 odnosno 24 sata, druga za jedan mjesec i treća najmanje šest mjeseci nakon prve.
- (3) Imunizacija novorođenčadi HBsAg pozitivnih majki i osoba koje su imale akcident sa zaraženim materijalom obavlja se s četiri doze ("brza" shema) i to: 0, 1, 2, 12 mjesec, a bolesnika na programu dijalize i osoba s oštećenjem imunog sustava po shemi 0, 1, 2, 6 mjeseci.
- (4) Imunizacija se obavlja davanjem odgovarajuće doze cjepiva intramuskularno u deltoidnu regiju, izuzev I i II neonatalne doze, kao i III doze do 12 mjeseci života, koje se daju u anterolateralni dio bedra.

Članak 34.

(Docjepljivanje protiv hepatitisa B)

- Docjepljivanje nakon potpunog hepatitisa B cijepljenja osoba s normalnim imunološkim statusom nije potrebno. Imunokompromitirane osobe se trebaju redovito godišnje testirati, i za one za koje se utvrdi da je nakon cijepljenja koncentracija anti-HBs antitijela ispod 10 mIU/ml, trebaju se docjepiti.

G. Imunizacija protiv rabijesa

Članak 35.

(Imunizacija protiv rabijesa)

- (1) Imunizaciji protiv rabijesa podliježu obvezno sve osobe izložene zarazi virusom rabijesa i to:
 - a) osoba koju je ugrizla ili na drugi način ozlijedila bijesna ili na rabijes sumnjiva divlja ili domaća životinja;

- b) osoba koju je ugrizao pas ili mačka nepoznata vlasnika, a koji se ne mogu podvrgnuti desetodnevnoj veterinarskoj kontroli;
 - c) osoba koju je ugrizao pas ili mačka koji u roku od 10 dana od dana ozljede pokazuju znakove rabijesa, uginu, budu ubijeni ili odlutaju;
 - d) osoba koja se mogla zaraziti virusom rabijesa preko sluznice ili oštećene kože;
 - e) osoba ozlijeđena pri radu s materijalom kontaminiranim virusom rabijesa.
- (2) Indikacije za imunizaciju određuje doktor medicine specijalist epidemiologije po prethodno obavljenom pregledu svake ozlijeđene osobe, utvrđivanjem okolnosti pod kojim je došlo do ozljeđivanja i ovisno o epizootičnoj situaciji terena na kojem je došlo do ozljeđivanja.

Članak 36.

(Način imunizacije protiv rabijesa)

- (1) Imunizacija protiv rabijesa obavlja se davanjem koncentriranog cjepiva protiv rabijesa s kulture stanica i to:
 - a) s pet doza cjepiva odmah nakon utvrđivanja indikacija u nultom, trećem, sedmom, četrnaestom i tridesetom danu ili
 - b) s četiri doze cjepiva nakon utvrđivanja indikacije u nultom s 2 doze, te u sedmom i dvadesetprvom danu sa po jednom dozom cjepiva.
- (2) Osobama koje su imunizirane protiv rabijesa u slučaju ponovne ozljede daju se dvije doze cjepiva protiv rabijesa u nultom i trećem danu, ako je od imunizacije prošlo manje od tri godine, a ako je prošlo više od tri godine, mora se obaviti potpuna imunizacija uz imunoprofilaksu prema indikaciji.
- (3) Istovremeno s imunizacijom protiv rabijesa obavlja se imunizacija i protiv tetanusa, cijepljenjem, odnosno docjepljivanjem, sukladno ovom pravilniku.

Članak 37.

(Preekspozicijska imunizacija protiv rabijesa)

- (1) Preekspozicijska imunizacija protiv rabijesa obavezna je za osobe koje su po prirodi svog posla izložene zarazi virusom rabijesa kao što su: laboratorijski djelatnici, veterinari, lovni čuvari, preparatori.
- (2) Imunizacija se obavlja tako da se daju dvije doze cjepiva nulti i sedmi dan. Održavajuća (booster) doza se daje periodično, ovisno o visini protutijela u serumu.

Članak 38.

(Indikacija za imunizaciju protiv rabijesa)

Ako postoji indikacija za imunizaciju protiv rabijesa, sukladno odredbi članka 36. ovog pravilnika, kod imunizacije protiv rabijesa ne primjenjuju se odredbe čl. 11. i 12. ovog pravilnika.

H. Imunizacija protiv žute groznice, kolere i trbušnog tifusa

Članak 39.

(Imunizacija protiv žute groznice i kolere)

- (1) Imunizaciji protiv žute groznice podliježu obvezno osobe koje putuju u državu u kojoj postoji ta bolest ili u državu koja zahtijeva imunizaciju protiv te bolesti, a obavlja se davanjem jedne doze cjepiva najkasnije 10 dana prije polaska na put.
- (2) Imunizaciji protiv kolere podliježu osobe koje putuju u državu u kojoj postoji povećan rizik od infekcije (epidemiološka indikacija) ili koja zahtijeva imunizaciju te bolesti, a obavlja se prema preporuci proizvođača cjepiva.

Članak 40.

(Imunizacija protiv trbušnog tifusa)

- (1) Imunizaciji protiv trbušnog tifusa podliježu obvezno sve osobe koje žive u zajedničkom kućanstvu s kliconošom trbušnog tifusa.

- (2) Osim osoba iz stavka (1) ovog članka imunizaciji podliježu obvezno i druge osobe prema epidemiološkim indikacijama.
- (3) Imunizacija protiv trbušnog tifusa provodi se cijepljenjem i docjepljivanjem odgovarajućim cjepivom, pridržavajući se preporuka proizvođača.
- (4) Osim kontraindikacija predviđenih u članku 11. ovog pravilnika kontraindikacijama protiv trbušnog tifusa smatraju se:
 - a) trudnoća - za sve vrijeme njezinog trajanja;
 - b) razdoblje laktacije;
 - c) životna dob do treće godine i preko 60 godine.

I. Imunizacija protiv meningokoknog meningitisa

Članak 41.

(Imunizacija protiv meningokoknog meningitisa)

- (1) Imunizaciji protiv meningokoknog meningitisa podliježu osobe koje putuju u državu koje zahtijevaju imunizaciju protiv te bolesti.
- (2) Imunizacija se provodi davanjem jedne doze odgovarajućeg cjepiva najkasnije deset dana prije polaska na endemsko područje.
- (3) Imunizacija protiv meningokoknog meningitisa može se provoditi i prema drugim epidemiološkim indikacijama, kao i medicinskim indikacijama koje uključuju poremećaj funkcije slezene, aspleniju i nedostatke sustava komplemenata, odgovarajućim cjepivom, pridržavajući se uputa proizvođača.

J. Imunizacija protiv virusnog hepatitisa A, varičela, pneumokokne bolesti, rota virusa, krpeljnog meningitisa, gripe i humanog papiloma virusa (HPV), COVID-19 i mpox-a

Članak 42.

- (Imunizacija protiv virusnog hepatitisa A, varičela, pneumokokne bolesti, rota virusa, krpeljnog meningitisa, gripe, humanog papiloma virusa (HPV), COVID-19 i mpox-a)
- (1) Imunizacija protiv virusnog hepatitisa A, varičela, pneumokokne bolesti, rota virusa, krpeljnog meningitisa, gripe i humanog papiloma virusa (HPV) provodi se prema epidemiološkim i medicinskim indikacijama, odgovarajućim cjepivom, pridržavajući se uputa proizvođača, odnosno prema važećem programu.
 - (2) Imunizaciju će, ovisno o vrsti cjepiva, provoditi nadležni liječnik.
 - (3) Medicinske indikacije za imunizaciju protiv pneumokokne bolesti primarno uključuju: anatomsku ili funkcionalnu aspleniju, srpastu anemiju, kronične kardiovaskularne i plućne bolesti (uključujući astmu), kronične bolesti jetre, kronične bolesti bubrega, patološko oticanje cerebrospinalne tekućine, kohlearnu implantaciju i različite tipove imunosupresije.
 - (4) Prema medicinskim i epidemiološkim indikacijama imunizacija inaktiviranim cjepivom protiv gripe se preporučuje kod:
 - a) osoba starijih od šest mjeseci s kroničnim medicinskim bolestima respiratornog i kardiovaskularnog sustava, kroničnim bolestima bubrega i jetre, dijabetesom, kroničnim neurološkim bolestima i različitim tipovima imunosupresije;
 - b) osoba starijih od 65 godina;
 - c) zdravstvenih djelatnika i pomoćnog osoblja koji rade u zdravstvenim ustanovama, naročito onim koji rade na odjelima koji skrbe za pacijente s visokim rizikom za komplikacije.
 - (5) Cijepljenje protiv HPV-a preporučuje se adolescentima u dobi od 13 do 14 godina, a mogu se cijepiti osobe od 9. godine starosti nadalje.

- (6) Prema medicinskim i epidemiološkim indikacijama imunizacija odgovarajućim cjepivom protiv bolesti COVID-19, pridržavajući se uputa proizvođača, se preporučuje kod:
- osoba starijih od 65 godina, naročito korisnika ustanova za smještaj starijih osoba;
 - osoba (dob prema uputama proizvođača) s kroničnim bolestima, respiratornog i kardiovaskularnog sustava, kroničnim bolestima bubrega i jetre, dijabetesom, kroničnim neurološkim bolestima, različitim tipovima imunosupresije i imunodeficijencije, asplenijom ili disfunkcijom slezene, teško pretilih;
 - zdravstvenih djelatnika i pomoćnog osoblja koji rade u zdravstvenim ustanovama, naročito onima koji rade na odjelima koji skrbe za pacijente s visokim rizikom za komplikacije; te medicinskom osoblju i njegovateljima u ustanovama za smještaj starijih osoba.

III. IMUNOPROFILAKSA PROTIV ZARAZNIH BOLESTI

A. Imunoprofilaksa protiv tetanusa

Članak 43.

(Imunoprofilaksa protiv tetanusa)

- Imunoprofilaksa protiv tetanusa daje se ozljeđenim osobama koje nisu cijepljene protiv tetanusa, koje su nepotpuno cijepljene i za koje nema dokaza da su cijepljene, te prema procjeni, ako je od posljednjeg cijepljenja prošlo više od 10 godina.
- Imunoprofilaksa protiv tetanusa daje se odmah nakon utvrđivanja indikacije.

Članak 44.

(Način obavljanja imunoprofilakse protiv tetanusa)

Imunoprofilaksa protiv tetanusa obavlja se tako što se ozljeđenoj osobi daje odgovarajuća doza humanog antitetaničnog imunoglobulina.

B. Imunoprofilaksa protiv rabijesa

Članak 45.

(Imunoprofilaksa protiv rabijesa)

- Imunoprofilaksa protiv rabijesa daje se osobama iz članka 36. ovog pravilnika prema utvrđenim indikacijama.
- Imunoprofilaksa protiv rabijesa obavlja se odmah nakon utvrđivanja indikacije uz istovremeno započinjanje aktivne imunizacije (davanje prve doze cjepiva protiv rabijesa u odvojena mjesta).

Članak 46.

(Način obavljanja imunoprofilakse protiv rabijesa)

Imunoprofilaksa protiv rabijesa obavlja se davanjem ozljeđenoj osobi 20 i.j. humanog antirabičnog imunoglobulina (HRIG) na kilogram tjelesne težine.

C. Imunoprofilaksa protiv hepatitisa tipa B

Članak 47.

(Imunoprofilaksa protiv hepatitisa B)

- Imunoprofilaksa protiv hepatitisa B indicirana je za:
 - novorođenčad HBsAg pozitivnih majki;
 - osobe koje su bile izložene neposrednom dodiru sa zaraznim materijalom.
- Imunoprofilaksa iz stavka (1) ovoga članka obavlja se davanjem odgovarajuće doze humanog hepatitis B imunoglobulina.

IV. KEMOPROFILAKSA PROTIV ZARAZNIH BOLESTI

A. Kemoprofilaksa protiv kolere

Članak 48.

(Kemoprofilaksa protiv kolere)

- Zaštita lijekovima (kemoprofilaksa) protiv kolere obvezna je za sve osobe za koje se utvrdi da su bile u obiteljskom

kontaktu, ili kontaktu koji odgovara obiteljskom, s oboljelim ili kliconošom.

- Kemoprofilaksa protiv kolere obavlja se davanjem odgovarajuće doze tetraciklina.

B. Kemoprofilaksa protiv tuberkuloze

Članak 49.

(Kemoprofilaksa protiv tuberkuloze)

- Kemoprofilaksa protiv tuberkuloze obvezna je:
 - za djecu dobi do navršene pete godine koja žive u kontaktu s aktivnim tuberkuloznim bolesnikom, a koja nisu bila cijepljena protiv tuberkuloze, a na tuberkulin reagiraju pozitivnom tuberkulinskom reakcijom u promjeru većem od 6 mm (odnosno 10 mm), ovisno o vrsti tuberkulina (spontani tuberkulinski reaktor);
 - za osobe u dobi do 25 godina koje burno reagiraju na tuberkulin (induracija preko 20 mm), a žive u kontaktu s aktivnim tuberkuloznim bolesnikom;
 - za osobe koje iz bilo kojih razloga primaju kortikosteroide duže od 30 dana, a imaju sekvele tuberkulozne bolesti;
 - za osobe zaražene HIV virusom.
- Kemoprofilaksa tuberkuloze obavlja se davanjem odgovarajućih doza lijekova u odgovarajućem trajanju.

C. Kemoprofilaksa protiv malarije

Članak 50.

(Kemoprofilaksa protiv malarije)

- Kemoprofilaksa protiv malarije obvezna je za sve osobe koje odlaze u države ili na područja u kojima postoji endemija malarije.
- Kemoprofilaksa protiv malarije obavlja se davanjem odgovarajućih doza lijekova za kemoprofilaksu malarije, vodeći računa o rezistenciji uzročnika i preporučenim dozama i primjeni.

D. Kemoprofilaksa protiv streptokokne bolesti

Članak 51.

(Kemoprofilaksa protiv streptokokne bolesti)

- Kemoprofilaksa protiv streptokokne bolesti provodi se davanjem potrebnih doza penicilinskih preparata kroz odgovarajuće vremensko razdoblje.
- Kemoprofilaksa je obvezna za:
 - osobe koje u anamnezi imaju reumatsku groznicu;
 - djecu u obiteljskom kontaktu nakon laboratorijske evaluacije, kod pojave streptokokne bolesti u školama ili dječjim ustanovama i prema epidemiološkoj indikaciji po prethodnoj konzultaciji s epidemiologom.
- U slučaju preosjetljivosti primjenjuje se drugi antibiotik.
- Kemoprofilaksa protiv streptokokne bolesti za osobe koje u anamnezi imaju reumatsku groznicu provodi se davanjem potrebnih doza penicilina kroz najmanje pet godina.

E. Kemoprofilaksa protiv bolesti uzrokovane hemofilusom influence tip b

Članak 52.

(Kemoprofilaksa protiv bolesti uzrokovane hemofilusom influence tip b)

- Kemoprofilaksa protiv bolesti uzrokovane hemofilusom influence tip b obvezna je za:
 - sve članove obitelji osobe koja je oboljela od meningitisa ili sepse uzrokovane hemofilusom influence tip b, ako u obitelji ima djece necijepljene protiv hemofilus influence tip b, a mlade od pet godina;
 - necijepljenu djecu i osoblje ustanova predškolske dobi ako se unutar dva mjeseca od inicijalnog slučaja pojavi novi slučaj meningitisa ili sepse uzrokovane hemofilusom influence tip b.

- (2) Kemoprofilaksa protiv bolesti uzrokovane hemofilusom influence tip b provodi se odgovarajućim dozama rifampicina kroz četiri dana. Za kemoprofilaksu kod odraslih osoba može se koristiti ciprofloksacin u jednokratnoj dozi.

F. Kemoprofilaksa protiv meningokokne bolesti

Članak 53.

(Kemoprofilaksa protiv meningokokne bolesti)

- (1) Kemoprofilaksa protiv meningokokne bolesti obvezna je za osobe iz bliskog kontakta s oboljelim od meningokokne bolesti.
- (2) Indikaciju iz stavka (1) ovog članka određuje epidemiolog.
- (3) Kemoprofilaksa se provodi primjenom odgovarajućeg antimikrobnog preparata (rifampicin, ciprofloksacin ili cephtriaxon), u odgovarajućoj dozi i trajanju, ovisno o dobi osobe kojoj se propisuje kemoprofilaksa.

G. Kemoprofilaksa protiv HIV infekcije

Članak 54.

(Kemoprofilaksa protiv HIV infekcije)

- (1) Postekspozicijska profilaksa preporučuje se kod perkutanog izlaganja potencijalno infektivnoj krvi ili tkivnim tekućinama ili eventualno kod izlaganja preko mukozne membrane (akcidenti u zdravstvenim ustanovama).
- (2) Preporučuju se adekvatne kombinacije antiretroviralnih lijekova, po mogućnosti, unutar jednog sata nakon izlaganja, najkasnije unutar 72 sata, a u trajanju najmanje 4 tjedna.

V. PROVEDBA IMUNIZACIJE, IMUNOPROFILAKSE I KEMOPROFILAKSE

Članak 55.

(Program imunizacije)

- (1) Obvezna imunizacija, imunoprofilaksa i kemoprofilaksa protiv određenih zaraznih bolesti provodi se po programu imunizacije koji za svaku godinu donosi federalni ministar zdravstva, na prijedlog Federalnog zavoda.
- (2) U programu imunizacije iz stavka (1) ovog članka određuju se skupine pučanstva i osobe koje podliježu obveznoj imunizaciji.
- (3) Zdravstvene ustanove obavljaju obveznu imunizaciju na temelju "Godišnjeg plana imunizacije" (Obrazac broj 3.).

Članak 56.

(Obveze u provedbi imunizacije)

- (1) Zdravstvene ustanove obvezne su odrediti mjesto i vrijeme obavljanja imunizacije i pojedinačnim pozivima pozvati sve obveznike na imunizaciju.
- (2) Za malodobne osobe poziv se upućuje roditelju ili staratelju uz naznaku prezimena i imena malodobne osobe koja podliježe imunizaciji.
- (3) Iznimno, pozivi se neće dostavljati učenicima osnovnih i srednjih škola.
- (4) Zdravstvena ustanova-cjepni centar obvezna je pisanim putem obavijestiti školu o polaznicima određenih razreda koji podliježu imunizaciji te o mjestu i vremenu obavljanja imunizacije, te održati prethodni sastanak s roditeljima djece koja podliježu cijepljenju.
- (5) Imunizacija učenika pojedinih razreda obavlja se, u pravilu, za vrijeme trajanja nastave u prikladnim prostorijama škole ili u prostorijama zdravstvene ustanove.
- (6) Škole su obvezne temeljem primljene obavijesti dovesti na imunizaciju sve učenike koji podliježu imunizaciji od određenih zaraznih bolesti.

Članak 57.

(Obveze mjerodavnoga tijela jedinice lokalne samouprave)

Mjerodavno tijelo jedinice lokalne samouprave obvezno je dostaviti zdravstvenoj ustanovi koja obavlja imunizaciju svaka dva

mjeseca popis osoba upisanih u matične knjige rođenih i umrlih za sve osobe do navršene 18 godine.

Članak 58.

(Uvjeti za čuvanje i transport cjepiva)

- (1) Zdravstvena ustanova koja obavlja obveznu imunizaciju protiv određenih zaraznih bolesti, mora imati rashladne uređaje za čuvanje i transport cjepiva, odgovarajuće mjerne indikatore temperatura, potrebnu opremu, odgovarajuće stručno osoblje i propisane sanitarno-tehničke i druge uvjete predviđene ovim pravilnikom i drugim propisima.
- (2) Proizvođači, distributeri cjepiva i zdravstvene ustanove koje koriste cjepivo obvezne su transportirati cjepivo pod odgovarajućim režimom hladnog lanca.
- (3) Proizvođač je dužan prilikom isporuke cjepiva priložiti ispis temperaturnih indikatora koji će omogućiti nadzor nad provođenjem hladnog lanca u transportu od proizvođača do korisnika.

VI. EVIDENCIJE I OBAVJEŠTAVANJE O OBAVLJENOJ IMUNIZACIJI

Članak 59.

(Obvezna evidencija o imunizaciji)

- (1) Zdravstvene ustanove koje obavljaju obveznu imunizaciju obvezne su voditi evidenciju o izvršenoj imunizaciji za svaku osobu koja podliježe toj imunizaciji.
- (2) Svi podatci o izvršenoj imunizaciji unose se u osnovnu dokumentaciju obveznika cijepljenja - "Karton cijepljenja" (Obrazac broj 4.) koji se nalazi u kartoteci cjepnog centra kojem gravitira osoba koja se cijepi. Isti podatci unose se u "Iskaznicu cijepljenja" (Obrazac broj 5.) koja predstavlja osobnu dokumentaciju i koju cijepljena osoba zadržava kod sebe, ili u zdravstvenu iskaznicu osiguranika. U iskaznicu cijepljenja ili zdravstvenu iskaznicu potrebno je upisati i datum kada je planirano sljedeće cijepljenje.

Članak 60.

(Provjera cjepnog statusa)

- (1) Provjera cjepnog statusa obvezno se obavlja:
 - a) prilikom upisa u sve vrste predškolskih ustanova;
 - b) prilikom upisa u sve vrste škola, od osnovnih do visokih;
 - c) prije izvođenja imunizacije po epidemiološkim indikacijama;
 - d) prilikom prijema djece i mladeži na bolničko liječenje;
 - e) prilikom prijema u radni odnos;
 - f) prilikom svake posjete liječniku (novorođenčadi, male djece, predškolske i školske djece i mladeži);
 - g) prilikom prijema djece u đачke i studentske domove;
 - h) prilikom prijema osoba u kolektivne smještaje.
- (2) Provjera se sastoji u pružanju dokaza o cijepljenju odgovornoj osobi, podnošenjem odgovarajuće dokumentacije o svim prethodnim imunizacijama.
- (3) Potvrda o cjepnom statusu čini sastavni dio ovog pravilnika (Obrazac broj 6.).
- (4) Ukoliko se na temelju utvrđenog statusa o prethodnim imunizacijama utvrdi da imunizacija nije kompletna, doktor medicine je dužan o tome obavijestiti osobu/roditelja/staratelja i sukladno Programu obaviti dodatno cijepljenje i/ili docjepljivanje.
- (5) Zdravstvena ustanova dužna je, prilikom obavljanja inspekcijaskog nadzora, da nadležnom inspektoru, temeljem vođenih evidencija, predoči podatke o necijepljenju za slučajeve koji podliježu Programu obvezne imunizacije, a radi poduzimanja odgovarajućih mjera od strane nadležne inspekcije.

Članak 61.

(Plan imunizacije i izvješća o provedenim imunizacijama)

- (1) Zdravstvena ustanova koja obavlja imunizaciju dužna je napraviti godišnji plan imunizacije i dostaviti ga kantonalnom zavodu za javno zdravstvo, a kantonalni zavod Federalnom zavodu najkasnije do 1. veljače za tekuću godinu.
- (2) Zdravstvene ustanove koje obavljaju obveznu imunizaciju obvezne su dostaviti mjesečna izvješća o izvršenim imunizacijama i potrošnji cjepiva kantonalnom zavodu za javno zdravstvo i to najkasnije do 10. u mjesecu za prethodni mjesec, a godišnja izvješća najkasnije do 1. veljače za proteklu kalendarsku godinu.
- (3) Kantonalni zavod za javno zdravstvo sastavlja zbirno mjesečno izvješće o provedenom cijepjenju i potrošnji cjepiva na svom području, i dostavlja ga Federalnom zavodu i to najkasnije do 20. u mjesecu, za prethodni mjesec, a godišnje izvješće dostavlja najkasnije do 15. ožujka za proteklu kalendarsku godinu.

VII. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 62.

(Obrasci)

U privitku ovog pravilnika nalaze se sljedeći obrasci i čine njegov sastavni dio:

- a) Obrazac broj 1. "Prijava neželjene reakcije nakon cijepjenja";
- b) Obrazac broj 2. "Istraga ozbiljne neželjene pojave nakon imunizacije";
- c) Obrazac broj 3. "Godišnji plan imunizacije";
- d) Obrazac broj 4. "Karton cijepjenja";
- e) Obrazac broj 5. "Iskaznica cijepjenja";
- f) Obrazac broj 6. "Potvrda o cijepnom statusu";
- g) Obrazac broj 7. "Obavijest o potrebnoj imunizaciji";
- h) Obrazac broj 8. "Izvješće o imunizacijama protiv zaraznih bolesti";
- i) Obrazac broj 9. "Izvješće o potrošnji cjepiva";
- j) Obrazac broj 10. "Godišnje izvješće o provedenim imunizacijama po općinama";
- k) Obrazac broj 11. "Izvješće o provedenim imunizacijama u rodilištu i Izvješće o potrošnji cjepiva u rodilištu";
- l) Obrazac broj 12. "Zbirno izvješće o provedenim imunizacijama u rodilištima kantona i Zbirno izvješće o potrošnji cjepiva u rodilištima kantona";
- m) Obrazac broj 13. "Izvješće o provedenim imunizacijama protiv HPV infekcije";
- n) Obrazac broj 14. "Izvješće o provedenim imunizacijama protiv gripe";
- o) Obrazac broj 15. "Izvješće o provedenim imunizacijama protiv COVID-19".

Članak 63.

(Prestanak važenja propisa)

Danom stupanja na snagu ovoga pravilnika prestaje da važi Pravilnik o načinu provedbe obvezne imunizacije, imunoprofilakse i kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o osobama koje se podvrgavaju toj obvezi ("Službene novine Federacije BiH", br. 22/19, 12/21, 47/21 i 69/21).

Članak 64.

(Stupanje na snagu)

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u "Službenim novinama Federacije BiH".

Broj 03-02-6913-2/24
17. ožujka 2025. godine
Sarajevo

Ministar
Dr. Nediljko Rimac, v. r.

На основу члана 45. став (1) Закона о заштити становништва од заразних болести ("Службене новине Федерације БиХ", број 29/05), федерални министар здравства доноси

**ПРАВИЛНИК
О НАЧИНУ ПРОВОЂЕЊА ОБАВЕЗНЕ
ИМУНИЗАЦИЈЕ, ИМУНОПРОФИЛАКСЕ И
ХЕМОПРОФИЛАКСЕ ПРОТИВ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ
ТЕ О ЛИЦИМА КОЈА СЕ ПОДВРГАВАЈУ ТОЈ
ОБАВЕЗИ**

I. ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

(Предмет)

Овим правилником се уређује начин провођења обавезне имунизације, имунопрофилактике и хемопрофилактике против одређених заразних болести, утврђених чл. 40., 41., 42. и 43. Закона о заштити становништва од заразних болести ("Службене новине Федерације БиХ", број 29/05 - у даљем тексту: Закон) и утврђују лица која се подвргавају тој обавези.

Члан 2.

(Средства за имунизацију)

- (1) За имунизацију против одређених заразних болести употребљавају се биолошки препарати од инактивираних или живих, довољно ослабљених (атенуираних) узročника заразних болести, њихових производа или дијелова, који се уносе у људски организам ради његове активне имунизације.
- (2) Средства за имунизацију морају удовољавати условима утврђеним прописима о производњи и промету лијекова, те бити одобрена за употребу у складу са важећим прописима о стављању лијекова у промет у Босни и Херцеговини.

Члан 3.

(Обављање имунизације против заразних болести)

Имунизација против заразних болести може се обављати:

- a) појединачним вакцинасањем против једне заразне болести давањем моновалентне вакцине;
- b) против више заразних болести одједном, давањем комбиноване вакцине;
- c) истовременим давањем више вакцина (истовремено вакцинасање).

Члан 4.

(Имунизација против заразних болести)

Под имунизацијом против одређених заразних болести у смислу овог правилника, подразумијева се вакцинација и ревакцинација лица која подлијежу имунизацији.

Члан 5.

(Имунизација комбинованом вакцином)

Имунизација комбинованом вакцином може се обављати:

- a) против дифтерије и тетануса (DT, dT);
- b) против дифтерије, тетануса и пертусиса – цјело-станични и ацелуларни (DTP);
- c) против дифтерије, тетануса и пертусиса и полиомијелитиса (DTP-IPV);
- d) против дифтерије, тетануса, пертусиса, полиомијелитиса и болести изазваних хемофилусом инфлуенце тип б (DTP-IPV-Hib);
- e) против дифтерије, тетануса, пертусиса, полиомијелитиса, болести изазваних хемофилусом инфлуенце тип б и хепатитиса Б (DTP-IPV-Hib);

Obrazac broj 1.

**PRIJAVA NEŽELJENE REAKCIJE NAKON CIJEPLJENJA
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO FEDERACIJE BIH**

Adresa:
Sarajevo, Maršala Tita 9
Mostar, Vukovarska 46

tel./fax +387 (033 564 631; 033 564 601)
(036 382 138; 036 382 101)

I PODACI O IZVJESTITELJU

Ime i prezime*	Specijalnost	Ustanova	Adresa*	Tel/fax	E-mail	Datum prijave

II PODACI O PACIJENTU

Ime (ime jednog roditelja) i prezime*	Dob*	Spol*	Visina	Težina	Datum rođenja			Broj kartona
					dan	mjes.	godina	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž						

III PODACI O CJEPIVIMA

Broj	Naziv cjepiva*+	Proizvođač	Serijski broj*	Rok upotrebe	Način primjene	Mjesto primjene	Doza	Primljena doza**
1.								
2.								
3.								

Broj	Rastvarač za cjepivo	Proizvođač	Serijski broj*	Rok upotrebe	Vrijeme rastvaranja	Napomena
1.						

+Označiti zvjezdicom cjepivo za koje se sumnja da je izazvalo neželjenu reakciju

**Navesti koja je doza cjepiva u slijedu cijepjenja: prva, druga, treća.

Datum i sat cijepjenja *	Datum i sat nastanka neželjene reakcije	Vremenski interval od cijepjenja do nastanka neželjene reakcije (minute, sati, dani, tjedni)	Datum prestanka neželjene reakcije

IV OPIS NEŽELJENE REAKCIJE

<input type="checkbox"/> ozbiljna lokalna reakcija a) > 3 dana b) iznad najbližeg zgloba <input type="checkbox"/> konvulzije a) febrilne b) afebrilne <input type="checkbox"/> absces a) sterilni b) bakterijski <input type="checkbox"/> Limfadenitis a) >1,5 cm b) supurativni <input type="checkbox"/> sepsa <input type="checkbox"/> temperatura >38°C <input type="checkbox"/> sindrom toksičnog šoka <input type="checkbox"/> encefalopatija <input type="checkbox"/> anafilaksija <input type="checkbox"/> trombocitopenija <input type="checkbox"/> Drugo (opisati) _____	Opis znakova i simptoma:
--	---------------------------------

V OSTALI VAŽNIJI ANAMNESTIČKI PODACI

Prethodne reakcije na druge imunološke pripravke ili lijekove, reakcije preosjetljivosti, epidemiološki podaci i sl.

Oboljenja u trenutku cijepjenja:

VI ISHOD NEŽELJENE REAKCIJE I UZROČNO-POSLEDIČNA POVEZANOST

Isход neželjene reakcije	Označite da li je neželjena reakcija dovela do:	Uzročno-posledična povezanost nuspojave i cjepiva
<input type="checkbox"/> oporavak bez posljedica <input type="checkbox"/> oporavak s trajnim posljedicama <input type="checkbox"/> oporavak u tijeku <input type="checkbox"/> smrt <input type="checkbox"/> nepoznato	<input type="checkbox"/> smrt <input type="checkbox"/> hospitalizacija ili produžena hospitalizacija <input type="checkbox"/> invalidnost/neposobnost <input type="checkbox"/> životne ugroženost <input type="checkbox"/> kongenitalne malformacije	<input type="checkbox"/> sigurna/vrlo vjerovatna <input type="checkbox"/> vjerovatna <input type="checkbox"/> moguća <input type="checkbox"/> nije vjerovatna

* OBEVZNI PODACI

Istraga ozbiljne neželjene pojave nakon imunizacije

Obrazac broj 2.

Osnovni podaci					
Kanton					
Ustanova i adresa mjesta cijepljenja:					
Ime osobe koja prijavljuje:			Datum istrage: ___ / ___ / _____		
Pozicija:			Datum popunjavanja obrasca: ___ / ___ / _____		
Telefon:		Mobitel:			
e-mail:					
Ime pacijenta:					Spol: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
<small>(poseban obrazac u slučaju grupiranja pojava)</small>					
Datum rođenja (DD/MM/GGGG): ___ / ___ / _____			Pacijentova puna adresa (ulica i broj telefona):		
ILI Dob pri javljanju: ___ godine ___ mjeseci ___ dani					
Naziv cjeviva/rastvarača koje je pacijent primio	Datum cijepljenja	Vrijeme cijepljenja	Doza (npr. prva, druga)	Serijski broj	Rok valjanosti

Relevantne informacije o pacijentu prije imunizacije		
Kriteriji	Nalazi	Primjedbe (ako je odgovor „Da“ navedite detalje)
Da li je sličan događaj registriran ranije	Da/ Ne/ Nepoznato	
Neželjeni događaj registriran nakon prijašnjeg cijepljenja	Da/ Ne/ Nepoznato	
Alergije na cjepivo, lijek ili hranu	Da/ Ne/ Nepoznato	
Bolest u prethodnih 30 dana / kongenitalni poremećaj	Da/ Ne/ Nepoznato	
Hospitalizacija u prethodnih 30 dana, i uzrok	Da/ Ne/ Nepoznato	
Da li pacijent istodobno koristi druge lijekove? (ako „Da“, naziv lijeka, indikacije, doze i datumi liječenja)	Da/ Ne/ Nepoznato	
Druge bolesti (relevantne) ili alergija u obitelji	Da/ Ne/ Nepoznato	
Za dojenčad		
<ul style="list-style-type: none"> • Porođaj je bio <input type="checkbox"/> u terminu <input type="checkbox"/> prije termina <input type="checkbox"/> poslije termina Porođajna težina: _____ • Porođajna procedura je bila <input type="checkbox"/> prirodnim putem <input type="checkbox"/> carskim rezom <input type="checkbox"/> asistirana (forceps, vakum itd.) <input type="checkbox"/> sa komplikacijama (pobjasniti) 		

Obrazac za istragu 2/3

Podaci o slučaju ozbiljne neželjene pojave nakon imunizacije									
Izvor informacija (označiti sve primjenjivo): <input type="checkbox"/> Ispitivanje od strane istražitelja <input type="checkbox"/> Dokumenti <input type="checkbox"/> Drugo (navesti) _____									
Znakovi i simptomi u kronološkom slijedu od vremena cijepljenja: • Priložite kopije svih dostupnih medicinskih dokumenata (uključujući otpusna pisma, uputnice, laboratorijske podatke i sl.). Upišite jedino informacije koje nisu dostupne u priloženim dokumentima.									
Pojediniosti o datim cjepivima i imunizacijskoj praksi na punktu povezanom sa prijavom ozbiljne neželjene pojave nakon imunizacije za odgovarajući dan									
Broj imuniziranih za svako cjepivo na cijeplnom punktu. (Priložiti izvještaj ukoliko je dostupan)	Naziv cjepiva								
	Broj doza								
a) U slučaju višedoznih bočica, da li je cjepivo dato: <input type="checkbox"/> među prvim dozama <input type="checkbox"/> među zadnjim dozama <input type="checkbox"/> nepoznato									
b) Da li postoji greška u propisivanju ili u nepridržavanju preporuka za primjenu cjepiva									Da / Ne
c) Na osnovu vaše istrage, da li smatrate da dato cjepivo (rastvarač) nije bilo sterilno									Da / Ne / Nemoguće procijeniti
d) Na osnovu vaše istrage, da li smatrate da fizičko stanje cjepiva (npr. boja, zamućenost itd.) nije bilo regularno u trenutku primjene									Da / Ne / Nemoguće procijeniti
e) Na osnovu vaše istrage, da li smatrate da je postojala greška u rastvaranju/pripremanju cjepiva od strane cjepljenika (npr. pogrešno cjepivo, pogrešan rastvarač, neprimjereno mješanje itd.)?									Da / Ne / Nemoguće procijeniti
f) Na osnovu vaše istrage, da li smatrate da je postojala greška u čuvanju cjepiva (npr. prekid u hladnom lancu tijekom transporta, skladištenja itd.)									Da / Ne / Nemoguće procijeniti
g) Na osnovu vaše istrage, da li smatrate da je cjepivo dato na neadekvatan način (npr. pogrešna doza, mjesto i put primjene, pogrešna veličine igle i sl.)									Da / Ne / Nemoguće procijeniti
h) Broj cijepljenih osoba iz iste bočice/ampule predmetnog višedoznog cjepiva									
i) Broj cijepljenih osoba predmetnim cjepivom istog serijskog broja u istom danu na punktu									
j) Broj cijepljenih osoba predmetnim cjepivom istog serijskog broja na drugim punktovima Precizirati punktove:									
k) Da li je slučaj dio klastera?									Da / Ne / Nepoznato
a. Ukoliko jeste, koliko je drugih slučajeva otkriveno u klasteru?									
b. Da li su svi slučajevi u klasteru primili cjepivo iz iste bočice?									Da / Ne / Nepoznato
c. Ako nisu, broj bočica korištenih u klasteru (unesite pojediniosti odvojeno)									
Ukoliko je odgovor „Da“ na neko od prethodnih pitanja, navesti pojašnjenja odvojeno:									

Obrazac za istragu 3/3

Hladni lanac i transport	
Na imunizacijskom punktu:	
• Da li je monitorirana temperatura u frižideru	Da / Ne
○ Ako je odgovor "Da", da li je bilo odstupanja izvan 2-8° C nakon pohranjivanja cjepiva	Da / Ne
○ Ako je odgovor "Da", osigurajte detalje monitoringa odvojeno	
• Da li je provedena procedura pravilnog skladištenja cjepiva, rastvarača i šprica	Da / Ne / Nepoznato
• Da li su u frižideru ili zamrzivaču bili drugi predmeti, osim cjepiva i rastvarača	Da / Ne / Nepoznato
• Da li su prisutna djelomično upotrebljena rastvorena cjepiva u frižideru?	Da / Ne / Nepoznato
• Da li je u frižideru bilo neupotrebljivog cjepiva (isteklog roka, bez oznaka, zamrznutog, VVM stadij 3 ili 4 itd.)	Da / Ne / Nepoznato
• Da li je u frižideru bilo neupotrebljivih rastvarača (isteklog roka, neodgovarajućeg proizvođača, oštećenih ampula itd.)	Da / Ne / Nepoznato
<i>Komentari:</i>	
Transport:	
Vrsta korištenog prijenosnog sredstva za cjepiva:	
Da li su korišteni adekvatni hladni ulošci:	Da / Ne / Nepoznato
<i>Komentari:</i>	

Istraga u zajednici	
Da li su prijavljene druge slične pojave nakon imunizacije, unutar sličnog vremenskog razdoblja i na istom lokalitetu	Da / Ne / Nepoznato
Ukoliko jesu, opišite ih:	
Ukoliko jesu, koliko je ovakvih pojava registrirano:	
Među registriranim slučajevima, koliko je bilo:	
• Cijepljeno: _____	
• Nije cijepljeno: _____	
• Nepoznato: _____	
Drugi komentari:	

Ostala zapažanja i komentari

Kanton _____

Obrazac broj 3.

Zdravstvena ustanova _____

GODIŠNJI PLAN IMUNIZACIJE

za 20__godinu

	Cjepivo	Broj planirane djece prema kalendaru imunizacije (ciljna skupina)	Broj planirane djece drugih dobnih skupina	Ukupno
CIJEPLJENJE	BCG			
	HepB (3 doze)			
	DTPa-IPV-Hib (3 doze)			
	PCV (pneumokokno cjepivo) (2 doze)			
	MRP 1			
DOCJEPLJIVANJE	PCV (pneumokokno cjepivo) docj.			
	DTPa-IPV-Hib I docj.			
	DTaP- IPV II docj.			
	MRP 2			
	dT adultis			
	IPV			

Datum: _____

Odgovorna osoba _____

Obrasc broj 4. (st. 1.)
Broj kartona

Općina: _____
 Zdravstvena ustanova: _____
 Cjepni centar: _____

KARTON CIJEPLJENJA

Prezime _____ ime _____
 Ime jednog roditelja: _____ datum rođenja: _____
 Mjesto rođenja: _____ telefon _____
 Mjesto i adresa stanovanja: _____
 Promjena mjesta i adrese stanovanja: _____

OSTALE IMUNIZACIJE I IMUNOPROFILAKSE			
Broj doza	Vrsta, broj serije i proizvođač	Datum	Mjesto i način aplikacije

REAKCIJE POSLIJE CIJEPLJENJA

--

KONTRAINDIKACIJE

Dijagnoza	Primenena	Trajna

Osobna anamneza (bolesti koje je prebolio-la):

Pertussis _____ god. Hepatitis A _____ god.
 Morbilli _____ god. Hepatitis B _____ god.
 Diphteria _____ god. Morbus rheumat _____ god.
 Rubeola _____ god. TBC _____ god.

Alergije

--

Obrazac broj 5. (st. 1)

Zdravstvena ustanova:

ISKAZNICA CIJEPLJENJA

Ime: _____

Prezime: _____

Ime jednog roditelja: _____

Datum rođenja: _____

Mjesto: _____

Adresa stanovanja, tel.: _____

OSTALE IMUNIZACIJE

Broj doza	Vrsta cjepiva	Datum

Kontraindikacije

Dijagnoza:

-privremena

-trajna

TUBERKULOZA

Obrazac broj 5. (st. 2)

Broj doza	Vrsta cjeviva	Datum

HEPATITIS B

I doza		
II doza		
III doza		

**DIFTERIJA, TETANUS, PERTUSIS,
POLIOMIJELITIS, HAEMOPHILUS
INFLUENZE TIP B**

I doza		
II doza		
III doza		
Docjeplj. 1		

PNEUMOKOK

I doza		
II doza		
Docjeplj. 1		

Obrazac broj 5. (str. 2.)

**DIFTERIJA, TETANUS, PERTUSIS,
POLIOMIJELITIS**

Broj doza	Vrsta cjepiva	Datum
Docjeplj.		

MORBILLI, RUBEOLA, PAROTITIS

Cijeplj.		
Docjeplj.		

DIPHTERIJA, TETANUS

Docjeplj.		

OSTALA CJEPIVA

Obrazac broj 6.

Zdravstvena ustanova _____

POTVRDA O CIJEPNOM STATUSU

Ime _____

Prezime _____

Ime jednog roditelja _____

Datum rođenja _____

Mjesto rođenja _____

Mjesto i adresa stanovanja _____

Označiti cijepni status:*Potpuno cijepljen Nepotpuno cijepljen, opravdano
(zbog privremenih ili trajnih kontraindikacija)Nepotpuno cijepljen, neopravdano

Napomena: _____

Svrha izdavanja potvrde: _____

Datum _____

Odgovorna osoba

*U skladu sa važećom Naredbom o programu obveznih imunizacija stanovništva protiv zaraznih bolesti

Obrazac broj 7.

Zdravstvena ustanova _____

Obavijest o potrebnoj imunizaciji

Ime _____

Prezime _____

Ime jednog roditelja _____

Datum rođenja _____

Mjesto i adresa stanovanja _____

Kontakt telefon _____

Poštovani roditelju,

Uvidom u imunizacijski karton Vašeg djeteta utvrdili smo da treba sljedeće imunizacije kako bi ispunilo zahtjeve u skladu sa važećom Naredbom o programu obveznih imunizacija stanovništva protiv zaraznih bolesti:

Cjepivo	Označiti nedostajuće doze				Rok za javljanje
BCG cjepivo protiv tuberkuloze	<input type="checkbox"/> 1				_____
Hepatitis B Cjepivo protiv virusne žutice B	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		_____
DTaP-IPV-Hib Cjepivo protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječje paralize i hemofilusa influence tip b	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	_____
PCV Cjepivo protiv pneumokokne bolesti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		_____
MRP cjepivo protiv morbila, rubeole i za ušnjaka	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			_____
DTaP-IPV Cjepivo protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja i dječje paralize	<input type="checkbox"/> 1				_____
dT Cjepivo protiv difterije i tetanusa	<input type="checkbox"/> 1				_____

Molimo da se javite u nadležni dom zdravlja kako bi dogovorili nadoknadu propuštenih imunizacija.

Datum _____

Odgovorna osoba

Kanton _____

Obrazac broj 8.

Zdravstvena ustanova _____

IZVJEŠĆE O IMUNIZACIJAMA PROTIV ZARAZNIH BOLESTI

za _____ mjesec 20__ godine

Vrsta cjeviva	Ciljna dobna skupina/kohorta/ cijepjeni prema kalendaru imunizacije			Druge dobne skupine/kohorta/nisu cijepjeni prema kalendaru imunizacije		
	Broj planiranih	Broj cijepjenih	%	Broj planiranih	Broj cijepjenih	%
	1	2	3	4	5	6
CIJEPLJENJE	BCG					
	HepB 1					
	HepB 2					
	HepB 3					
	DTaP-IPV-Hib 1					
	DTaP-IPV-Hib 2					
	DTaP-IPV-Hib 3					
	PCV (pneumokokno cjevivo) 1					
	PCV (pneumokokno cjevivo) 2					
	MRP 1					
DOCJEPLJIVANJE	PCV (pneumokokno cjevivo) docj.					
	DTaP-IPV-Hib docj.					
	DTaP-IPV docj.					
	MRP 2					
	dT (adultis)					
	IPV					

Datum: _____

Odgovorna osoba

Kanton _____

Obrazac broj 9.

Zdravstvena ustanova _____

IZVJEŠĆE O POTROŠNJI CJEPIVA

Za ___ mjesec 20__ godine

Cjepiva	Broj doza cjepiva na početku mjeseca	Broj doza cjepiva zaprimljenog u toku mjeseca	Broj utrošenih doza cjepiva*	Broj odbačenih doza cjepiva**	Broj preostalih doza cjepiva na kraju mjeseca
0	1	2	3	4	5
BCG					
Hepatitis B					
DTaP-IPV-Hib					
DTaP-IPV					
PCV (pneumokokno cjepivo)					
MRP					
dT adultis					
IPV					
Hepatitis B adultis					
HPV					
Gripa					
COVID-19					
Antirabično cjepivo					
HRIG					
dTaP					

* upisati broj cijepljene djece

** upisati broj odbačenih doza cjepiva bez obzira na razlog odbacivanja

Datum _____

Odgovorna osoba

GODIŠNJE IZVJEŠĆE O PROVEDENIM IMUNIZACIJAMA PO OPĆINAMA U _____ GODINI
ZA KANTON:

Obrazac broj 10.

Broj cijepljenih po općinama Vrsta cjepliva		Ciljna dobna skupina			Druge dobne skupine			Ciljna dobna skupina			Druge dobne skupine			Ciljna dobna skupina			Druge dobne skupine			Ciljna dobna skupina			Druge dobne skupine			Ciljna dobna skupina			Druge dobne skupine								
		Ciljna dobna skupina			Druge dobne skupine			Ciljna dobna skupina			Druge dobne skupine			Ciljna dobna skupina			Druge dobne skupine			Ciljna dobna skupina			Druge dobne skupine			Ciljna dobna skupina			Druge dobne skupine			Ciljna dobna skupina			Druge dobne skupine		
		Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak	Br. planiranih	Br. cijepljenih	Postotak			
CIJEPLJENJE	BCG																																				
	Hepatitis B 1																																				
	Hepatitis B 2																																				
	Hepatitis B 3																																				
	DTaP-IPV-Hib 1																																				
	DTaP-IPV-Hib 2																																				
	DTaP-IPV-Hib 3																																				
	PCV pneumokokno cjepivo 1																																				
	PCV pneumokokno cjepivo 2																																				
	MRP																																				
	DOCJEPLJIVANJE	PCV-Pneumokokno cjepivo																																			
DTaP-IPV-Hib																																					
DTaP-IPV																																					
MRP																																					
dT adult																																					
IPV																																					

Mjesto, datum:

Odgovorna osoba:

Kanton _____ Obrazac broj 11.

Zdravstvena ustanova / rodilište _____

IZVJEŠĆE O PROVEDENIM IMUNIZACIJAMA U RODILIŠTU

za _____ mjesec 20____ godine

Cjepivo	Broj živorođenih	Broj cijepljenih	%
BCG			
Hepatitis B			

IZVJEŠĆE O POTROŠNJI CJEPIVA

za _____ mjesec 20____ godine

Cjepivo	Broj doza cjepiva na početku mjeseca	Broj zaprimljenih doza cjepiva u toku mjeseca	Broj utrošenih doza u toku mjeseca	Broj odbačenih doza cjepiva u toku mjeseca**	Broj preostalih doza na kraju mjeseca
BCG					
Hepatitis B					

** Istekao rok valjanosti, nepravilno skladištenje, odbačene, nepotrošene bočice itd.

Datum: _____

_____ Odgovorna osoba

Kanton _____

Obrazac broj 12

ZBIRNO IZVJEŠĆE O PROVEDENIM IMUNIZACIJAMA U RODILIŠTIMA KANTONA
za _____mjesec 20____godine

Rodilište													Ukupno		
	Broj živorođenih	Broj cijepljenih	%	Broj živorođenih	Broj cijepljenih	%	Broj živorođenih	Broj cijepljenih	%	Broj živorođenih	Broj cijepljenih	%	Broj živorođenih	Broj cijepljenih	%
BCG															
Hepatitis B															

ZBIRNO IZVJEŠĆE O POTROŠNJI CJEPIVA
za _____mjesec 20____godine

Rodilište													Ukupno	
	BCG	HepB	BCG	HepB	BCG	HepB	BCG	HepB	BCG	HepB	BCG	HepB	BCG	HepB
Broj doza cjepiva na početku mjeseca														
Broj zaprimljenih doza cjepiva u toku mjeseca														
Broj utrošenih doza cjepiva u toku mjeseca														
Broj odbačenih doza cjepiva u toku mjeseca**														
Broj preostalih doza na kraju mjeseca														

** Istekao rok valjanosti, nepravilno skladištenje, odbačene, nepotrošene bočice itd.

Datum: _____

_____ **Odgovorna osoba**

Kanton _____ Obrazac broj 13.

Zdravstvena ustanova _____

**ZBIRNO IZVJEŠĆE O PROVEDENIM IMUNIZACIJAMA PROTIV HPV
INFEKCIJE za _____ mjesec 20____godine**

Vrsta cjepiva	Ciljna dobna skupina/kohorta/ cijepjeni prema kalendaru imunizacije			Druge dobne skupine/kohorta/ nisu cijepjeni prema kalendaru imunizacije		
	Broj planiranih	Broj cijepjenih	%	Broj planiranih	Broj cijepjenih	%
HPV 1						
HPV 2						

Datum: _____ Odgovorna osoba _____

Kanton: _____

Obrazac broj 14.

Zdravstvena ustanova: _____

ZBIRNO IZVJEŠĆE O PROVEDENIM IMUNIZACIJAMA PROTIV GRIPE
za mjesec _____ 20____.godine

Zdravstvena ustanova	Ukupan broj cijepljenih osoba	od toga cijepljeno po kategorijama			Ostali
		Zdravstveni djelatnici i pomoćno osoblje	Osobe starije od 65 godina	Kronični bolesnici	
UKUPNO					

Datum: _____

_____ **Odgovorna osoba**

Kanton: _____

Obrazac broj 15.

Zdravstvena ustanova: _____

ZBIRNO IZVJEŠĆE O PROVEDENIM IMUNIZACIJAMA PROTIV COVID-19
za mjesec _____ 20____ .godine

Zdravstvena ustanova	Ukupan broj cijepjenih osoba	od toga cijepjeno po kategorijama			Ostali
		Zdravstveni djelatnici i pomoćno osoblje	Osobe starije od 65 godina	Kronični bolesnici	
UKUPNO					

Datum: _____

Odgovorna osoba