VEIDLAPA

PACIENTA VESELĪBAS STĀVOKĻA NOVĒRTĒŠNAI PIRMS

VAKCINĀCIJAS PRET COVID-19 VEIKŠANAS

Pacienta vārds, uzvārds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personas kods

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   | -  |   |   |   |   |   |

Lūdzu atbildēt uz sekojošiem jautājumiem par Jūsu veselības stāvokli (*atbilstošo apvelciet*):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Vai Jums ir zināma alerģija pret jebkuru no vakcīnas sastāvā esošajām vielām? (polietilēnglikolu (PEG) vai citu pegilētu molekulu saturošas vielas, lipīdi)[[1]](#footnote-1)  | Jā  | Nē  |
| 1.
 | Vai Jums ir bijušas anafilaktiskas reakcijas (smaga alerģiska reakcija) pēc jebkuras vakcīnas vai injicējama medikamenta ievadīšanas?  | Jā  | Nē  |
| 1.
 | Vai šobrīd jūtat kādus akūtas infekcijas simptomus, paaugstinātu temperatūru, vai ir citas sūdzības par pašsajūtu?  | Jā  | Nē  |
| 1.
 | Vai šobrīd lietojat imūnsupresējošus, glikokortikosteroīdus, bioloģiskos medikamentus, beta blokatorus?  | Jā  | Nē  |
| 1.
 | Vai Jums ir grūtniecība?  | Jā  | Nē  |
| 1.
 | Vai šobrīd barojat bērnu ar krūti?  | Jā  | Nē  |
| 1.
 | Vai pēdējo 14 dienu laikā esiet saņēmis kādu vakcīnu  | Jā  | Nē  |
| 1.
 | Vai pēdējā mēneša laikā Jums ir konstatēta Covid-19 infekcija?  | Jā  | Nē  |
| 1.
 | Vai pēdējo 90 dienu laikā esiet saņēmis Covid-19 ārstēšanu?  | Jā  | Nē  |

Pacients apliecina, ka:

* Uz visiem uzdotajiem jautājumiem ir sniegtas atbildes;
* Ir saņēmis visu informāciju par vakcināciju;
* Informācija par vakcināciju ir saprotama, tajā skaitā ar vakcinācijas veikšanu saistītās reakcijas un nevēlamie notikumi (iespējamās blakusparādības, komplikācijas, to biežums un taktika ko darīt, ja pēc vakcinācijas tie tiks novēroti);

Pacienta (vai likumiskā, pilnvarotā pārstāvja) paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksta atšifrējums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datums  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ārstniecības personas paraksts par lēmumu atļaut vakcinēt

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. kālija hlorīds, kālija dihidrogēnfosfāts, nātrija hlorīds, nātrija hidrogēnfosfāta dihidrāts saharoze, Trometamols

Trometamola hidrogēnhlorīds, Etiķskābe, Nātrija acetāta trihidrāts, L histidīns [↑](#footnote-ref-1)