4. pielikums
Ministru kabineta
2020. gada 9. jūnija
noteikumiem Nr. 360

*(Pielikums MK 04.03.2021. noteikumu Nr. 143 redakcijā)*

**Vakcinācijas veidlapa**

|  |  |
| --- | --- |
| Iestāde, kura veic vakcināciju |  |
|  | (nosaukums un reģistrācijas kods) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pacients |  | personas kods |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |
|  | (vārds, uzvārds) |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Vai Jums ir alerģija pret jebkuru no vakcīnas sastāvā esošajām vielām (polietilēnglikols (PEG) vai citas pegilētu molekulu saturošas vielas, lipīdi) | Jā | Nē |
| 2. | Vai Jums ir bijušas anafilaktiskas reakcijas (smaga alerģiska reakcija) pēc jebkuras vakcīnas vai injicējama medikamenta ievadīšanas | Jā | Nē |
| 3. | Vai šobrīd jūtat kādus akūtas infekcijas simptomus, Jums ir paaugstināta temperatūra vai citas sūdzības par pašsajūtu | Jā | Nē |
| 4. | Vai lietojat imūnsupresējošus medikamentus, glikokortikosteroīdus, bioloģiskos medikamentus, beta blokatorus | Jā | Nē |
| 5. | Vai Jums ir grūtniecība | Jā | Nē |
| 6. | Vai barojat bērnu ar krūti | Jā | Nē |
| 7. | Vai pēdējo 14 dienu laikā esat saņēmis kādu vakcīnu | Jā | Nē |
| 8. | Vai pēdējā mēneša laikā Jums ir konstatēta Covid-19 infekcija | Jā | Nē |
| 9. | Vai pēdējo 90 dienu laikā esat saņēmis Covid-19 ārstēšanu | Jā | Nē |

Pacients apliecina, ka:

uz visiem jautājumiem ir sniegtas atbildes;

ir saņēmis informāciju par vakcināciju;

informācija par vakcināciju ir saprotama, tajā skaitā informācija par iespējamām blaknēm un komplikācijām, to biežumu un rīcību, ja pēc vakcinācijas tās tiks novērotas.

|  |  |
| --- | --- |
| Pacients (vai viņa likumiskais pilnvarotais pārstāvis)  |  |
|  | (paraksts un atšifrējums) |

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

Ārstniecības personas piezīmes un lēmums par atļauju vai atteikumu veikt vakcināciju

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ārstniecības persona, kura veic vakcināciju |  |
|  | (amats, vārds uzvārds) |

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