*iestādes, kura veic vakcināciju, nosaukums un reģistrācijas kods*

**Veidlapa bērnam vecumā no 5 līdz 11 gadiem veselības stāvokļa novērtēšanai pirms vakcinācijas pret Covid-19**

**PERSONAS SADAĻA**

**Datums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Bērna personas vārds, uzvārds\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bērna Personas kods

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

Likumiskais pārstāvis

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vai bērnam ir zināma alerģija pret jebkuru no vakcīnas sastāvā esošajām vielām (polietilēnglikolu (PEG) vai citu pegilētu molekulu saturošām vielām)? | Jā | Nē |
| Vai bērnam ir bijušas anafilaktiskas reakcijas (smaga alerģiska reakcija) pēc jebkuras vakcīnas vai injicējama medikamenta ievadīšanas? | Jā | Nē |
| Vai šobrīd bērnam ir akūtas infekcijas simptomi, piem., paaugstināta temperatūra, vai ir citas sūdzības par pašsajūtu? | Jā | Nē |
| Vai bērns pašlaik lieto imūnsupresējošas zāles, glikokortikosteroīdus, bioloģiskos medikamentus vai beta blokatorus? | Jā | Nē |
| Vai bērnam ir bijusi konstatēta Covid-19 infekcija (ko apliecina pozitīvs SARS-CoV-2 PCR testa rezultāts)? | Jā | Nē |
| Vai bērns jau ir saņēmis kādu Covid-19 vakcīnu? | Jā | Nē |

Likumiskais pārstāvis  apliecina, ka sniegtā informācija ir patiesa un ārstniecības persona ir sniegusi informāciju par vakcināciju, t. sk. par iespējamām nevēlamajām blakusparādībām un rīcību to gadījumā.

Likumiskā pārstāvja paraksts

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

**ĀRSTNIECĪBAS PERSONAS SADAĻA**

Personas vecums pilnos gados:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apzinātie riska faktori: **Apzinātie riska faktori:** NAV □

IR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Vakcinācija atļauta □ Vakcinācija atlikta līdz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vakcīnas nosaukums | Saņemtā Covid-19 vakcīna\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Nozīmētā Covid-19 vakcīna | | |
| kārtas numurs | datums | 1. deva | 2. deva | papildu deva  imūnsupresīvam pacientam, ne agrāk kā 28 dienas pēc 2. devas |
| *Comirnaty*10 µg**EU/1/20/1528/004**    ***Flakona vāciņš oranžā krāsā*** |  |  | 0,2 ml | 0,2 ml | 0,2 ml |

\*Aizpilda, ja Covid-19 vakcīna ir saņemta. Ja saņemtas vairākas Covid-19 vakcīnas, tabulā norāda informāciju par pēdējo saņemto vakcīnas devu.

Vakcinācija kontrindicēta, jo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ārstniecības personas, kura veica apskati pirms  vakcinācijas, vārds uzvārds, specialitāte (amats) ārstniecības iestāde, amats

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

Paraksts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ievadītās vakcīnas nosaukums **un daudzums** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ārstniecības personas, kura veica vakcīnas ievadi, vārds uzvārds, specialitāte (amats):

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

Paraksts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_