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

**Veidlapa personas veselības stāvokļa novērtēšanai pirms vakcinācijas pret Covid-19**

**PERSONAS SADAĻA (12+) Datums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Personas 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 saturošām vielām)? | Jā   | Nē   |
| Vai Jums ir bijušas anafilaktiskas reakcijas (smaga alerģiska reakcija) pēc jebkuras vakcīnas vai injicējama medikamenta ievadīšanas?   | Jā   | Nē   |
| Vai šobrīd jūtat kādus akūtas infekcijas simptomus, paaugstinātu temperatūru, vai ir citas sūdzības par pašsajūtu?   | Jā   | Nē   |
| Vai šobrīd lietojat imūnsupresējošus, glikokortikosteroīdus, bioloģiskos medikamentus, beta blokatorus?   | Jā   | Nē   |
| Vai Jums ir grūtniecība (sievietēm)?   | Jā  | Nē   |
| Vai pēdējo 14 dienu laikā esat saņēmis kādu vakcīnu? | Jā   | Nē   |
| Vai Jums ir bijusi konstatēta Covid-19 infekcija ar pozitīvu SARS-CoV-2 PCR testa rezultātu?  | Jā   | Nē |
| Vai Jūs esat jau saņēmis kādu Covid-19 vakcīnu? | Jā  | Nē |
| Vai Jūs lietojat perorālos kontracepcijas līdzekļus (sievietēm)?   | Jā | Nē |
| Vai Jūs smēķējat?   | Jā | Nē |
| Vai Jums ir  bijusi nopietna, ilgstoša  (45< min)  ķirurģiska operācija pēdējo 3 mēnešu laikā? | Jā | Nē |
| Vai Jums pēdējā mēneša laikā ir bijis ilgstoši ierobežots kustīgums, piemēram, sēžot 14 stundas no vietas vai guļot ilgāk par 12 stundām - gultas režīms pēc ķirurģiskas iejaukšanās, lūzumiem? | Jā | Nē |
| Vai Jums pēdējo 3 mēnešu laikā ir bijis kājas lūzums, gūžas vai ceļa protezēšana?   | Jā | Nē |
| Vai pēdējo 3 mēnešu laikā esat ārstējies slimnīcā miokarda infarkta, sirds mazspējas vai mirdzaritmijas dēļ?  | Jā | Nē |
| Vai Jums agrāk ir bijuši trombi?  | Jā | Nē |
| Vai pašlaik saņemat ķīmijterapiju audzēja dēļ? | Jā | Nē |
| Vai Jums iepriekš ir bijusi imūna trombocitopēnija (bijusi asiņošana zema trombocītu līmeņa dēļ vai veidojas zilumi vai virspusēja asiņošana ādā un ar šo problēmu esat hematologa uzskaitē)?  |  Jā   | Nē |
| Vai Jums ir diagnosticēts kapilāru caurlaidības sindroms (šķidruma noplūde no sīkajiem asinsvadiem)?  | Jā | Nē |

**Attiecībā uz epidemioloģiskiem riskiem, saņemot balstvakcināciju**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vai Jums ir ilgstoša savstarpēja saskarsme ārpus mājsaimniecības ar citām personām, nonākot fiziskā kontaktā vai ilgstoši tuvāk par diviem metriem atrodoties iekštelpās, piemēram, klasē, sanāksmju zālē, slimnīcas uzgaidāmajā telpā, kabinetā u.tml. vai regulāri pārvietojas ar sabiedrisko transportu ilgāk par 15 minūtēm? | Jā | Nē |
| Vai Jums ir paaugstināta iespēja inficēties, atrodoties tiešā saskarsmē un kontaktējoties ar personām, kuru veselības stāvoklis nav zināms? | Jā | Nē |
| Vai Jums ir hroniska slimība? | Jā | Nē |

Persona apliecina, ka informācija ir sniegta patiesa un ārstniecības persona ir sniegusi informāciju par vakcināciju.

Vakcinējamās personas (vai likumiskā, pilnvarotā pārstāvja) paraksts

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

**ĀRSTNIECĪBAS PERSONAS SADAĻA**

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

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

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

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

Informācija par saņemtajām Covid-19 vakcīnām un nozīmēto Covid-19 vakcīnu un tās kārtas nr.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vakcīnas nosaukums** | **Saņemtās Covid-19** **vakcīnas\*** | **Nozīmētā Covid-19 vakcīna**  |
| **Kārtas nr.**  | **Datums** | **1.deva** | **2.deva** | **Papildu deva** **(2. vai 3. deva)** **imūnsupresīvam  pacientam**Ne ātrāk 28 dienas pēc 2.devas, Janssen gadījumā pēc 1. devas  | **Balstvakcinācija** **(2. vai 3. deva)** |
| Vaxzevria |   |   |  |  | *
 | Ne agrāk kā 3 mēnešus pēc 2. devas  |
| Comirnaty |   |  |  |  | *
 | Ne agrāk kā 3 mēnešus pēc 2. devas *
 |
| Spikevax |   |  |  |  | *
 | Ne agrāk kā 3 mēnešus pēc 2. devas; labāk tuvināt 8 mēnešiem * Pilna deva - 0,5 ml
* Puse devas - 0,25 ml
 |
| Janssen |   |  |  |  | *
 | * Ne agrāk kā 8 nedēļas pēc 1. devas
 |

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

Ārstniecības personas piezīmes un lēmums par atļauju vai atteikumu veikt vakcināciju:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ārstniecības personas, kura veica vakcīnas ievadi, vārds uzvārds:

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

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