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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | – |  |  |  |  |  |  |

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

Personas kods

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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, Jums ir paaugstināta temperatūra vai citas sūdzības par pašsajūtu? | Jā | Nē |
| Vai šobrīd lietojat imūnsupresējošus medikamentus, 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 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 pēdējo triju mēnešu laikā ir bijusi nopietna, ilgstoša (45< min) ķirurģiska operācija? | 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 triju mēnešu laikā ir bijis kājas lūzums, gūžas vai ceļa protezēšana? | Jā | Nē |
| Vai pēdējo triju mēnešu laikā esat ārstējies slimnīcā miokarda infarkta, sirds mazspējas vai mirdzaritmijas dēļ? | Jā | Nē |
| Vai Jums 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) vai regulāri pārvietojoties 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 (arteriālā hipertensija, bronhiālā astma, cukura diabēts u.c.)? | Jā | Nē |

Persona apliecina, ka ir sniegusi patiesu informāciju un ka ārstniecības persona ir sniegusi informāciju par vakcināciju.

Personas likumiskais pārstāvis , ja anketu neaizpilda persona Vārds Uzvārds\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vakcinējamās personas (vai likumiskā, pilnvarotā pārstāvja)   paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksta atšifrējums Vārds Uzvārds\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**PERSONAS SADAĻA**

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

Bērna  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**

**Apzinātie riska faktori:**  Personas vecums pilnos gados\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **NAV**
* **IR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Informācija par ievadāmo vakcīnu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vakcīnas nosaukums** | **Atzīme par izmantojamo vakcīnu** | **Ievadāmās vakcīnas daudzums ml** |
| Orģinālās vakcīnas | | |
| 12+ Comirnaty 30 µg EU/1/20/1528/**001**  *Flakona vāciņš  violetā krāsā* |  |  |
| 5-11  Comirnaty 10 µg EU/1/20/1528**/004**  Flakona vāciņš oranžā krāsā |  |  |
| Spikevax |  |  |
| JCOVDEN |  |  |
| Novaxovid |  |  |
| Pielāgotās vakcīnas | | |
| Comirnaty Original/Omicron BA.1  EU/1/20/1528**/006**  *Flakona vāciņš pelēkā krāsā* |  |  |
| Spikevax bivalent  Original/Omicron BA.1  EU/1/20/1507/**005** |  |  |
| Comirnaty Original/Omicron BA.4-5 EU/1/20/1528/**008** |  |  |

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

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vakcinācija atļauta | Vakcinācija atlikta līdz |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vakcinācija kontrindicēta, jo |  |
|  | |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ievadītās vakcīnas nosaukums, sērijas nr. un daudzums |  |

Ārstniecības persona, kura veica vakcīnas ievadi, – vārds, uzvārds

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

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

 \*Veidlapas uzglabāšanas ilgums ir 5 gadi