|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |