2. pielikums
Ministru kabineta
2021. gada 28. septembra
noteikumiem Nr. 662

Personas veselības stāvokļa novērtēšanas veidlapa pirms vakcinācijas pret Covid-19

Iestāde, kura veic vakcināciju _____
(nosaukums un reģistrācijas kods)

PERSONAS SADAĻA Datums _____

Personas vārds, uzvārds _____

Personas kods | | | | | | | - | | | | | |

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

Vai Jums ir zināma alerģija pret kādu 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 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 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	Jā	Nē

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

Vakcinējamā persona
(vai likumiskais, pilnvarotais pārstāvis) _____ _____
(paraksts) (paraksta atšifrējums)

ĀRSTNIECĪBAS PERSONAS/FARMACEITA SADAĻA

Personas vecums pilnos gados _____

Apzinātie riska faktori:

NAV ☐

IR _____

Informācija par saņemtajām Covid-19 vakcīnām un nozīmēto Covid-19 vakcīnu:

Vakcīnas nosaukums	Saņemtā Covid-19 vakcīna*		Nozīmētā Covid-19 vakcīna			
	kārtas numurs	datums	1. deva	2. deva	papildu deva (2. vai 3. deva) imūnsupresīvam pacientam; ne agrāk kā 28 dienas pēc 2. devas, *Janssen* gadījumā – pēc 1. devas	balstvakcinācija (2. vai 3. deva)
Vaxzevria			☐	☐	☐	ne agrāk kā 6 mēnešus pēc 2. devas ☐
Comirnaty			☐	☐	☐	ne agrāk kā 6 mēnešus pēc 2. devas ☐
Spikevax			☐	☐	☐	ne agrāk kā 6 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 ☐

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

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

_____

_____

Vakcinācija atļauta ☐ Vakcinācija atlikta līdz _____

Vakcinācija kontrindicēta, jo

_____

Ārstniecības persona/farmaceits, kurš veica apskati pirms vakcinācijas

_____

(vārds, uzvārds, ārstniecības iestāde vai aptieka, amats)

Paraksts _____

Ievadītās vakcīnas nosaukums un daudzums _____

Ārstniecības persona/farmaceits, kurš veica vakcīnas ievadi

_____

(vārds, uzvārds)

Paraksts _____"