

(Название приложения в редакции правил КМ № 459 от 15.07.2020; нумерация приложения изменена
правилами КМ № 755 от 15.12.2020)

Сообщение пациенту о результатах Covid-19

Название лечебного учреждения _____

Код

Имя, фамилия врача _____ Телефон

1. Имя, фамилия пациента _____

2. Персональный код — или

дата рождения ...

3. Пол: ☐ женщина ☐ мужчина

возраст (лет):

4. Фактическое место жительства _____

5. Дата госпитализации ...

6. Название учреждения _____

7. Диагноз при поступлении _____

8. Если принят в ITN, дата ...

9. Выписан из ITN, дата ...

10. Поддерживающая терапия:

- ☐ кислородная терапия
- ☐ искусственная вентиляция легких
- ☐ ЕСМО

11. Итог:

☐ выписан

☐ умер

12. Дата выписки или смерти: . . .

13. Дата лабораторного подтверждения SARS-CoV-2: . . .

14. Хронические заболевания и другие факторы риска:

☐ есть (отметить)

☐ нет

☐ неизвестно

☐ сердечно-сосудистое заболевание

☐ сахарный диабет

☐ гипертензия

☐ онкология

☐ астма

☐ туберкулез

☐ легочная болезнь

☐ подавление иммунитета, в т. ч. HIV

☐ болезнь печени

☐ подавление иммунитета в связи с приемом лекарств

☐ почечная болезнь

☐ ожирение

☐ невралгическая или нервно-мышечная болезнь

☐ беременность (недель)

☐ аспления

☐ послеродовой период до 6 недель

☐ другое

15. Осложнения:

☐ ARDS

☐ бактериальная пневмония

- ☐ острая почечная недостаточность
- ☐ бронхиолит
- ☐ другая вторичная бактериальная инфекция
- ☐ сердечная недостаточность
- ☐ миокардит
- ☐ сепсис
- ☐ недостаточность нескольких органов
- ☐ энцефалит
- ☐ синдром Кавасаки
- ☐ другое

16. Принимал ли пациент до заболевания лекарства:

- ☐ да (отметить)
- ☐ нет
- ☐ неизвестно
- ☐ ингибиторы энзима конвертирующего ангиотензин (АКЕ) _____
- ☐ блокаторы рецептора ангиотензина II (ARB) _____
- ☐ нестероидные противовоспалительные средства _____

17. У пациента лабораторным путем установлены другие возбудители:

- ☐ да (отметить)
- ☐ нет
- ☐ неизвестно

Клинический материал _____

Возбудитель _____

18. Вакцинация против гриппа и инфекции пневмококка:

Против гриппа в текущем сезоне:

- ☐ вакцинирован
- ☐ не вакцинирован
- ☐ неизвестно

против инфекции пневмококка:

☐ вакцинирован

☐ не вакцинирован

☐ неизвестно

19. Если пациент умер,
проводилось ли вскрытие:

☐ да (отметить)

☐ нет

☐ неизвестно

Результаты вскрытия _____

20. Причина смерти согласно медицинскому удостоверению по SSK-10:

Часть I ☐☐☐☐, ☐☐☐☐, ☐☐☐☐, ☐☐☐☐

Часть II ☐☐☐☐, ☐☐☐☐, ☐☐☐☐, ☐☐☐☐

Часть III ☐☐☐☐, ☐☐☐☐, ☐☐☐☐, ☐☐☐☐

21. Дополнительная информация _____

Дата заполнения* ☐☐.☐☐.☐☐☐☐.

Подпись врача* _____

Печать*

Примечание. * Реквизиты документа "подпись", "дата" и "печать" не заполняются, если электронный документ составлен согласно требованиям нормативных актов об оформлении электронных документов.

Министр здравоохранения *И. Винькеле*

Приложение 2
к правилам Кабинета Министров № 360
от 9 июня 2020 года

Отчет об иммунизации и заказе вакцины против Covid-19

(Приложение исключено правилами КМ № 72 от 02.02.2021)

Группы лиц, вакцинируемые в приоритетном порядке

(Приложение в редакции правил КМ № 122 от 18.02.2021, измененное правилами КМ № 143 от 04.03.2021; правилами КМ № 180 от 24.03.2021; правилами КМ № 208 от 08.04.2021; правилами КМ № 230 от 13.04.2021; правилами КМ № 243 от 20.04.2021; правилами КМ № 273 от 27.04.2021; правилами КМ № 274 от 29.04.2021)

Приоритетно вакцинируемая группа	Группы вакцинируемых лиц
I группа	Работники здравоохранения, в т. ч. медицинские лица, лица, оказывающие медицинскую поддержку и работники, обеспечивающие уход за пациентами с Covid-19, в т. ч. работники Службы неотложной медицинской помощи; медицинские лица, лица, оказывающие медицинскую поддержку и работники работающие в больницах и других медицинских учреждениях, а также лица, оказывающие услуги медицинским учреждениям, которые обеспечивают непрерывность услуг здравоохранения; семейные врачи и команда (практика) семейных врачей; специалисты амбулаторного ухода и лица, оказывающие поддержку; фармацевты, работающие в аптеках, ассистенты фармацевтов, прочие работники аптек и представители оптовой торговли лекарственных средств, которые обеспечивают распространение, логистику и непрерывность доступности лекарств, в т. ч. вакцины; студенты медицинских вузов (РСУ, ЛУ, колледжи), которые в рамках учебного процесса находятся в тесном контакте с пациентами в медицинском учреждении; медицинский персонал в учреждениях образования; инспекторы Инспекции здравоохранения, которые контролируют безопасность услуг в центрах социального обеспечения и медицинских учреждениях, в т. ч. в учреждениях вакцинации, а также контролируют деятельность аптек По медицинским показаниям - пациенты, которым согласно решению врача, необходима серьезная медицинская манипуляция, в т. ч. дорогостоящая операция или операция высокой сложности (например, онкологические пациенты, перед или во время химиотерапии, пациенты и доноры перед трансплантацией органов или стволовых клеток, пациенты, находящиеся на длительном стационарном лечении в медицинском учреждении)
II группа	Работники и клиенты центров долгосрочного социального ухода (и другие лица оказывающие услуги сопоставимого риска) Должностные лица, вакцинация которых необходима для обеспечения национальной безопасности и непрерывности государственной деятельности согласно постановлению Кабинета министров
III группа	Сениоры старше 70 лет Лица с хроническими заболеваниями и другими физическими или психическими расстройствами, связанными с высоким риском заболеваний, вызванных Covid-19 (согласно рекомендациям по организации вакцинации лиц с хроническими заболеваниями, опубликованными на сайте Центра профилактики и контроля

	заболеваний)
	Лица, которые проживают в одном домашнем хозяйстве с детьми, у которых установлены хронические и иммуносупрессивные заболевания
	Лица, которые ухаживают за тяжело больными на дому
IV группа	Лица в возрасте 60–70 лет
	Педагоги и работники дошкольного учреждения, специальных учреждений, педагоги и работники 1–6 классов, которые тесно контактируют детьми при выполнении трудовых обязанностей, а также педагоги, которые возобновляют работу очно
	Участники Олимпийских и Паралимпийских игр в Токио (Япония), кандидаты, обслуживающие спортивные работники, аккредитованные лица средств массовой информации Латвии, которые будут освещать проведение Олимпийских игр в Токио, спортсмены мужской сборной Латвии по хоккею и обслуживающие спортивные работники, а также работники, которые задействованы в организации Чемпионата мира по хоккею 2021года среди мужчин
	Критически важные работники, участвующие в проведении выборов в самоуправления 5 июня 2021 года
V группа	Работники учреждений образования, которые имеют тесный контакт с обучающимися при выполнении своих трудовых обязанностей (за исключением педагогов и работников дошкольного учреждения, специальных учреждений, и педагогов и работников 1–6 классов, которые тесно контактируют с детьми при выполнении трудовых обязанностей)
	Работники оперативных служб, в т. ч. сотрудники государственной полиции и полиции самоуправлений; работники пограничной охраны; оперативные работники СГД, таможенники; работники ГПСС
	Работники Управления мест заключения/Государственной службы пробации
	Работники Бюро по предотвращению и борьбе с коррупции
	Национальные вооруженные силы (в т. ч. Земессардзе)
	Критически важные коммерсанты в сфере энергоснабжения и в области информационных и коммуникационных технологий
	Критически важные работники Сейма
	Критически важные работники Банка Латвии
	Работники учреждений, осуществляющие критический надзор за рынком
	Критически важные работники отрасли сообщения
	Критически важные представители в области культуры и образования
	Критически важные работники для сектора охраны среды
	Критически важные работники сиротских судов, социальных служб и центров социального обеспечения, а также психологи, которые тесно контактируют с клиентами при выполнении трудовых обязанностей
	Критически важные работники водного хозяйства
	Научные сотрудники, работающие с коронавирусами, прочими патогенными вирусами и экспериментальными животными, а также разрабатывающие новые вакцины

	Лица, которые проводят очно обучение оказанию первой помощи в соответствии с правилами Кабинета министров № 557 «Правила об обучении оказанию первой помощи» от 14 августа 2012 года
	Критически важные работники в сфере пушного звероводства
VI группа	Лица, находящиеся в специальных учреждениях, в т. ч. клиенты приютов, лица находящиеся в местах заключения
VII группа	<i>(Исключена правилами КМ № 274 от 29.04.2021)</i>
VIII группа	<i>(Исключена правилами КМ № 274 от 29.04.2021)</i>
IX группа	Все остальные представители общественности, которые ранее не были вакцинированы.

Бланк на вакцинацию

Учреждение, проводящее вакцинацию _____
(название и регистрационный код)

Пациент _____ Персональный код

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

(имя, фамилия)

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о Вашем состоянии здоровья (*соответствующее обведите*):

1.	Есть ли у Вас аллергия на какое-либо вещество, входящее в состав вакцины (полиэтиленгликоль (ПЭГ) или другие вещества, содержащие пегилированные молекулы, липиды)?	Да	Нет
2.	Были ли у Вас анафилактические реакции (тяжелая аллергическая реакция) после введения какой-либо вакцины или инъекции медикамента?	Да	Нет
3.	Имеются ли в настоящее время какие-либо симптомы острой инфекции, у Вас повышена температура или другие жалобы на самочувствие?	Да	Нет
4.	Вы принимаете иммуносупрессивные препараты, глюкокортикостероиды, биологические препараты, бета-блокаторы?	Да	Нет
5.	Вы беременны?	Да	Нет
6.	Кормите ли Вы ребенка грудью?	Да	Нет
7.	Получали ли вы какую-либо вакцину за последние 14 дней?	Да	Нет
8.	Была ли у Вас установлена инфекция Covid-19 в течение последнего месяца?	Да	Нет
9.	Получали ли Вы лечение от Covid-19 за последние 90 дней?	Да	Нет

Пациент подтверждает, что:

- на все вопросы были предоставлены ответы;
- получил информацию о вакцинации;
- информация о вакцинации понятна, в том числе информация о возможных побочных эффектах и осложнениях, их частота и действия, в случае их появления после вакцинации.

Пациент (или его законный уполномоченный представитель) _____

(подпись и расшифровка)

Дата _____

Примечания медицинского лица и решение о разрешении или отказе проводить вакцинацию

Медицинское лицо, проводившее _____

вакцинацию

(должность, имя, фамилия)

Дата _____

СВИДЕТЕЛЬСТВО О ВАКЦИНАЦИИ ЛИЦА ПРОТИВ COVID-19

CERTIFICATE OF VACCINATION AGAINST COVID-19 IN LATVIA

ИМЯ, ФАМИЛИЯ

NAME, SURNAME _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ (чч/мм/гггг)

DATE OF BIRTH (dd/mm/yyyy) ____/____/____

LV ПЕРСОНАЛЬНЫЙ КОД

LV PERSONAL CODE _____

НАЗВАНИЕ ВАКЦИНЫ

NAME OF VACCINE _____

СЕРИЙНЫЙ НОМЕР ВАКЦИНЫ NR.

SERIAL NUMBER _____

СТАТУС ВАКЦИНАЦИИ

STATUS IN VACCINATION

☐ **НАЧАТ**

STARTED

☐ **ЗАВЕРШЕН**

COMPLETED

ДАТА ВАКЦИНАЦИИ (чч/мм/гггг)

DATE OF VACCINATION (dd/mm/yyyy)

1. ДОЗА

1st DOSE ____/____/____

2. ДОЗА

(если требуется 2-я доза)

2nd DOSE ____/____/____ (when 2nd dose is required)

ДАТА ВЫДАЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВА (чч/мм/гггг)

CERTIFICATE ISSUE DATE (dd/mm/yyyy) ____/____/____

НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

NAME OF HEALTHCARE INSTITUTION

МЕДИЦИНСКОЕ ЛИЦО

HEALTHCARE PROVIDER

(специальность, имя, фамилия)

(speciality, name, surname)

(подпись)
(signature)

Медицинское учреждение может дополнить бланк другой необходимой информацией.

The healthcare institution may supplement the form with other necessary information.

Приложение 6
к правилам Кабинета Министров № 360
от 9 июня 2020 года

(Приложение в редакции правил КМ № 332 от 27.05.2021)

Отчет по тестированию Covid-19

1.	Государственная принадлежность идентификатора личности пациента или страна издания предъявленного документа
2.	Если страной издания предъявленного документа является Латвия, то персональный код пациента Латвии
3.	Если страной издания предъявленного документа не является Латвия, то персональный код иностранного пациента или регистрационный номер лица
4.	Имя пациента
5.	Фамилия пациента
6.	Дата рождения пациента
7.	Пол пациента
8.	Адрес пребывания пациента в Латвии
9.	Номер телефона пациента с территориальным кодом
10.	Электронная почта пациента
11.	Контактное лицо пациента (тип контактного лица, вид контактного лица, контактная информация)
12.	Заказчик тестирования Covid-19
13.	Если заказчик тестирования Covid-19 является Центр профилактики и контроля заболеваний или Инспекция здравоохранения, то название тестируемой группы (например, название предприятия, название школы) и контактная информация
14.	Информация о направлении на тестирование Covid-19:
14.1.	Лицо, осуществляющее оплату тестирования Covid-19
14.2.	Предмет тестирования Covid-19
14.3.	Вид тестирования Covid-19
14.4.	Название экспресс-теста на определение антигена Covid-19
14.5.	Производитель экспресс-теста на определение антигена Covid-19
15.	Уникальный идентификатор образца
16.	Вид образца
17.	Дата и время взятия образца
18.	Медицинское лицо, ответственное за результат тестирования Covid-19 (имя и фамилия)
19.	Идентификатор, медицинского лица, ответственного за результат тестирования Covid-19, выданный Инспекцией здравоохранения
20.	Название медицинского учреждения, код, адрес и телефон
21.	Статус результата теста Covid-19
22.	Дата и время результата теста Covid-19
23.	Результат теста Covid-19
24.	Идентифицируемая информация о штамме вируса