

PATVIRTINTA

UAB „Navimeda“ direktoriaus 2025 m. spalio 16 d.
įsakymu Nr.25/10/16
priedas

UAB Navimeda

(sveikatos priežiūros specialisto vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija)

INFORMAVIMAS APIE SKIEPUS IR SUTIKIMAS SKIEPYTIS TICOVAC 0,5 ML VAKCINA (įrašyti)

Aš, _____ (vardas, pavardė, asmens kodas):

- esu informuotas apie savo teisę ir galimybes būti paskiepytam/-ai nurodyta vakcina šioje sveikatos priežiūros įstaigoje nustatyta tvarka;
- esu informuotas/-a, kad mano asmens duomenys ir specialiųjų kategorijų asmens duomenys bus tvarkomi vadovaujantis 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46/EB (Bendras duomenų apsaugos reglamentas), Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu ir kitais teisės aktais reglamentuojančiais asmens duomenų tvarkymą ir saugojimą.

Parašas. Data:

- esu informuotas/-a apie imuninį preparatą, jo skiepavimo schemą, skiepavimo būdą, žinomas ir galimas nepageidaujamas reakcijas (įvertinus sveikatos būklę, taip pat ir galimas papildomas), imuniteto susidarymą ir jo ir ilgalaikiškumą, riziką bei pasekmes, galinčias kilti, jeigu atsisakysiu skiepytis nurodyta vakcina;
- patvirtinu, kad SUTINKU /ATISAKAU (*tinkamą pabraukti*) skiepytis nurodyta vakcina.

Parašas. Data:

Aš
(vardas ir pavardė, asmens kodas)

atstovaujantis pacientui (pildoma, jei sutikimą duoda paciento atstovas)

.....
(vardas ir pavardė, asmens kodas)

Sutinku, kad man (mano atstovaujamam pacientui) būtų atliekamas skiepas.

Parašas. Data:

Pirminė reakcija į skiepą: **YRA** **NĖRA**
(apibraukti)

Medicinos darbuotojas (suleidęs vakciną) _____

Išsami informacija apie šį vaistinį preparatą pateikiama Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje <https://vvkt.lrv.lt/lt/>

(Kontrolinio skiepų suaugusiesiems kontraindikacijų patikrinimo klausimyno forma)

**KONTROLINIS SKIEPŲ SUAUGUSIESIEMS KONTRAINDIKACIJŲ PATIKRINIMO
KLAUSIMYNAS**

Paciento vardas ir pavardė _____

Gimimo data: _____
Metai / mėnuo / diena

Pacientams: toliau pateikti klausimai mums leis nuspręsti, kokius skiepus galime atlikti šiandien. Jeigu į kurį nors klausimą atsakote „taip“, tai nereiškia, kad Jūs neturėtumėte būti skiepijamas. Tai tereiškia, kad reikės atsakyti į kelis papildomus klausimus. Jeigu klausimo nesuprantate, paprašykite, kad jį paaiškintų Jūsų sveikatos priežiūros specialistas.

	Taip	Ne	Nežinau
1. Ar šiandien sergate?			
2. Ar esate alergiškas kokiems nors vaistams, maistui, vakcinų sudėtinėms dalims ar lateksui?			
3. Ar anksčiau Jums yra pasireiškusi komplikacija po skiepų?			
4. Ar sergate plaučių, širdies, inkstų ar medžiagų apykaitos ligomis (pvz., diabetu), astma, turite kraujo sutrikimų, neturite blužnies, yra komplemento komponento nepakankamumas, turite kochlearinį implantą, Jums pasireiškia nugaros smegenų skysčio nuotėkis? Ar Jums taikoma ilgalaikė aspirino terapija?			
5. Ar Jūs arba artimas šeimos narys yra sirgęs vėžiu, leukemija, ŽIV/AIDS ar kitomis imuninės sistemos ligomis?			
6. Ar per pastaruosius 3 mėnesius vartojote imuninę sistemą veikiančius vaistus, pvz., prednizoloną, kitus steroidus, priešvėžinius vaistus, vaistus nuo reumatoidinio artrito, Krono ligos ar psoriazės arba Jums buvo taikyta spindulinė terapija?			
7. Ar esate patyręs traukulių priepuolį, smegenų ar kitų nervų sistemos sutrikimų?			
8. Ar per paskutinius metus Jums buvo perpiltas kraujas ar kraujo produktai arba skirtas imunoglobulinas ar antivirusiniai vaistai?			
9. Moterims: ar laukiatės arba yra galimybė, kad pastosite per mėnesį?			
10. Ar buvote skiepytas per paskutines 4 savaites?			

Formą užpildė _____

Data _____

Ar atsinešėte skiepavimo pasą?

Taip

Ne