

## Savideklaracijos forma tiems, kuriems siūloma vakcina nuo koronaviruso

Prieš skiepijantis prašom užpildyti šią formą ir pasiimti ją į vakcinacijos vietą. **Informuokite skiepytoją apie anksčiau gautą (-as) vakciną (-as) nuo koronaviruso ir apie tai, ar persirgote COVID-19.**

Pavardė, vardas:
Asmens kodas:
Parašas:

Jei vakcinacijos dieną jaučiate peršalimo simptomus arba kūno temperatūra pakyla virš 38 °C, **neikite** skiepytis ir kuo greičiau praneškite mums.

Atsakius TAIP į kurį nors iš toliau pateiktų klausimų, **gydytojas ar kitas medicinos darbuotojas turėtų peržiūrėti tolesnio skiepavimo planą.**

	Taip	Ne
Ar per 7 pastarąsias dienas jus <b>skiepijo kita vakcina?</b>		
Ar prieš mažiau nei 3 savaites persirgote <b>COVID-19?</b>		
Ar persirgus <b>COVID-19</b> jums pasireiškė <b>daugiasisteminio uždegiminio atsako sindromas (MIS-C)?</b>		
Ar jūsų <b>imuninė sistema gerokai nusilpusi?</b>		
Ar sergate <b>homofilija?</b>		
Ar sergate <b>mastocitoze?</b>		
Ar anksčiau jums pasireiškė <b>alerginė reakcija</b> į šią vakciną ar jos sudėtines dalis?		
Ar anksčiau jums pasireiškė rimta (gyvybei pavojinga) <b>alerginė reakcija</b> į kitas vakcinas, maistą, vaistus ar kita?		
Ar per pastaruosius metus dėl <b>astmos</b> gavote bent 2 gydymo kortizonu kursus arba gulėjote ligoninėje?		
Ar per pastarąsias 4 savaites dėl <b>astmos</b> jums pasireiškė bent 3 iš šių simptomų? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simptomai dienos metu, daugiau kaip 2 kartus per savaitę.</li> <li>• Pabudimas naktį.</li> <li>• Poreikis vartoti vaistus nuo priepuolių daugiau kaip 2 kartus per savaitę.</li> <li>• Ribotas fizinis aktyvumas.</li> </ul>		
Ar pasiskiepijus nuo koronaviruso jums pasireiškė <b>uždegiminė širdies liga (miokarditas, perikarditas)?</b>		
Ar pasiskiepijus nuo koronaviruso jums pasireiškė <b>gydymo reikalaujantys ar ilgalaikiai menstruacijų sutrikimai?</b>		

Pildo skiepytojas, jei vakcinacija nėra iš karto dokumentuojama EPJ / SYSVAK sistemoje:

Data ir laikas	
Preparato / vakcinės pavadinimas:	
Siuntos / partijos numeris:	
Vakcinacijos priežastis: 1. Prioritetinė grupė 2. Medicinos personalas 3. Kita	
Skiepytojo vardas ir pavardė (didžiosiomis raidėmis:	