

Imunoprofilaktikos organizavimo ir atlikimo
tvarkos aprašo
4 priedas

(Sutikimo skiepyti (-is) forma)

VŠĮ TELŠIŲ RAJ.PSPC

180377128, Kalno 40, Telšiai , 8-444-51469, 865906194

(Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas)

(Padalinio (skyriaus, departamento ar pan.), kuriame atliejamas skiepijimas, pavadinimas, telefonas)

SUTIKIMAS SKIEPYTI (-IS)

Paciento vardas ir pavardė:

Gimimo data:

Paciento asmens kodas

Paciento atstovo vardas ir pavardė, atstovavimo pagrindas (kai skiepijamas atstovaujamas pacientas):

Imuninio (-ių) vaistinio (-ių) preparato (-ų) pavadinimas (-ai):

Aš esu informuota (-as):

- ir suprantu, kad nuo vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų efektyviausiai apsaugo tik imuniniai vaistiniai preparatai;
- gydytojo / slaugytojo apie imuninį vaistinį preparatą, skiepijimo schemą, skiepijimo būdą, imuniteto susidarymą ir jo ilgalaikiškumą.

Skiepijimo procedūros nepageidaujamos reakcijos:

- vietinės reakcijos: skausmingumas, paraudimas, patinimas injekcijos vietoje – dažnos;
- bendros reakcijos: karščiavimas, bendras negalavimas, apetito sutrikimas, galvos skausmas, nuovargis, viduriavimas – gana dažnos;
- sunkios bendrosios reakcijos (pavojingiausios): traukuliai, encefalopatija, encefalitas, neuritas, ortostatinis kolapsas, audinių nekrozė, abscesas, limfadenitas, anafilaksija, anafilaksinis šokas – išskirtinai retos;
- kitos, nurodytos imuninio (-ių) vaistinio (-ių) preparato (-ų) pakuotės lapelyje.

Aš, (*Vardas ir pavardė*) susipažinau su aukščiau pateikta informacija apie būsimą procedūrą bei pasekmes, ją suprantu, sutinku, kad ji būtų (*reikiamą pabraukti*) man / mano atstovaujama asmeniui būtų atlikta.

Data ir laikas:

Paciento ar jo atstovo (*reikiamą pabraukti*) parašas:

Asmens sveikatos priežiūros specialisto spaudas ir parašas:
