
(asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas ir padalinys)

(sveikatos priežiūros specialisto vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija)

INFORMAVIMAS APIE SKIEPUS IR SUTIKIMAS SKIEPYTIS

Skiepijimas nuo COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) vakcina **COMIRNATY**
Siūlome Jums skiepytis nuo COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos). Prašome susipažinti su vakcinos gamintojo informaciniu lapeliu. Atkreipiame Jūsų dėmesį į galimas nepageidaujamas reakcijas į skiepą:

Labai dažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti dažniau kaip 1 iš 10 žmonių):

- injekcijos (suleidimo) vietoje: skausmas, patinimas
- nuovargis
- galvos skausmas
- raumenų skausmas
- sąnarių skausmas
- šaltkrėtis, karščiavimas

Dažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 iš 10 žmonių):

- injekcijos vietos paraudimas
- pykinimas

Nedažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 iš 100 žmonių):

- padidėję limfmazgiai
- prasta savijauta
- galūnių skausmai
- nemiga
- injekcijos vietos niežėjimas

Retas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 iš 1000 žmonių):

- laikinas vienos veido pusės paralyžius

Dažnis nežinomas (negali būti apskaičiuotas pagal turimus duomenis):

- sunki alerginė reakcija

Paprastai tokių reakcijų atsiranda dar neišėjus iš gydytojo kabineto; visais atvejais nedelsiant kreipkitės į gydytoją.

Pastaba. Pasakykite sveikatos priežiūros specialistui, jei Jūs vartojate ar neseniai skiepijotės kita vakcina, ar jeigu turite alergiją (padidėjęs jautrumas) vakcinos veikliajai medžiagai arba bet kuriai pagalbinei medžiagai, turėjote anafilaksinių reakcijų į maistą/skiepus/vaistus, sergate ūminėmis ar lėtinėmis ligomis.

Sveikatos priežiūros specialistas man paaiškino numatomo atlikti skiepo tikslą, galimas nepageidaujamas reakcijas, pateikė susipažinti vakcinos gamintojo informacinį lapelį, atsakė į visus man iškilusius klausimus. Pateikta informacija man aiški, suprantama, todėl apsisprendžiau:

Aš

(vardas ir pavardė)

atstovaujantis pacientui (pildoma, jei sutikimą duoda paciento atstovas)

.....

(vardas ir pavardė)

Sutinku, kad man (mano atstovaujama pacientui) būtų atliekamas skiepas COVID-19

(išbraukti nereikalingą)

ligos (koronaviruso infekcijos) vakcina COMIRNATY.

Parašas..... Data:

Pirminė reakcija į skiepą: **YRA NĖRA**

(apibraukti)

Bendrosios praktikos slaugytojas (suleidęs vakciną) _____