



Ārkārtējās situācijas laikā (sk. Ministru kabineta rīkojumu "Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu") nav piemērojams šo noteikumu 6.3.³, 6.7.¹ un 6.11. apakšpunkts, 11., 12., 14., 14.¹, 15., 16., 16.¹, 16.², 16.³, 16.⁵, 16.⁶, 17., 17.¹, 19., 21., 21.¹, 22., 23., 24. un 26.¹ punkts, 27.1.1., 27.1.4. un 27.2.5. apakšpunkts, 27.⁵, 28., 29., 29.¹, 31., 31.¹, 32., 32.¹, 32.⁵ un 32.⁶ punkts, 37.11. un 37.11.¹ apakšpunkts, 60.¹, 60.² un 60.³ punkts un XI nodaļa.

Citi ar Covid-19 izplatības pārvaldību un seku pārvarēšanu saistīti tiesību akti pieejami tematiskajā atvērumā "Covid-19" un "Covid-19 pašvaldībās". Tiesību aktu skaidrojumi pieejami LV portāla tematiskajā atvērumā un žurnāla "Jurista Vārds" tematiskajā atvērumā (bezmaksas brīvpieeja).

4. pielikums
Ministru kabineta
2020. gada 9. jūnija
noteikumiem Nr. 360

(Pielikums MK 04.03.2021. noteikumu Nr. 143 redakcijā)

Vakcinācijas veidlapa

Iestāde, kura veic vakcināciju

(nosaukums un reģistrācijas kods)

Pacients

personas kods

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(vārds, uzvārds)

Lūdzu atbildēt uz šādiem jautājumiem par Jūsu veselības stāvokli (*atbilstošo apvelciet*):

1.	Vai Jums ir alerģija pret jebkuru no vakcīnas sastāvā esošajām vielām (polietilēnglikols (PEG) vai citas pegilētu molekulu saturošas vielas, lipīdi)	Jā	Nē
2.	Vai Jums ir bijušas anafilaktiskas reakcijas (smaga alerģiska reakcija) pēc jebkuras vakcīnas vai injicējama medikamenta ievadīšanas	Jā	Nē
3.	Vai šobrīd jūtat kādus akūtas infekcijas simptomus, Jums ir paaugstināta temperatūra vai citas sūdzības par pašsajūtu	Jā	Nē
4.	Vai lietojat imūnsupresējošus medikamentus, glikokortikosteroīdus, bioloģiskos medikamentus, beta blokatorus	Jā	Nē
5.	Vai Jums ir grūtniecība	Jā	Nē
6.	Vai barojat bērnu ar krūti	Jā	Nē
7.	Vai pēdējo 14 dienu laikā esat saņēmis kādu vakcīnu	Jā	Nē
8.	Vai pēdējā mēneša laikā Jums ir konstatēta Covid-19 infekcija	Jā	Nē
9.	Vai pēdējo 90 dienu laikā esat saņēmis Covid-19 ārstēšanu	Jā	Nē

Pacients apliecina, ka:

- uz visiem jautājumiem ir sniegtas atbildes;
- ir saņēmis informāciju par vakcināciju;
- informācija par vakcināciju ir saprotama, tajā skaitā informācija par iespējamām blaknēm un komplikācijām, to biežumu un rīcību, ja pēc vakcinācijas tās tiks novērotas.

Pacients (vai viņa likumiskais pilnvarotais pārstāvis) _____

(paraksts un atšifrējums)

Datums _____

Ārstniecības personas piezīmes un lēmums par atļauju vai atteikumu veikt vakcināciju

Ārstniecības persona, kura veic vakcināciju _____

(amats, vārds uzvārds)

Datums _____