
(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 **COVID-19 VACCINE MODERNA**
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):

- Limfadenopatija
- Galvos skausmas
- Pykinimas / vėmimas
- Raumenų ir sąnarių skausmas
- Skausmas injekcijos vietoje
- Nuovargis
- Šaltkrėtis
- Karščiavimas
- Patinimas injekcijos vietoje

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

- Išbėrimas
- Paraudimas injekcijos vietoje
- Dilgėlinė injekcijos vietoje
- Išbėrimas injekcijos vietoje

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

- Niežėjimas injekcijos vietoje

Retas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 iš 10 000 žmonių):

- Ūminis periferinis veido paralyžius
- Veido patinimas

Dažnis nežinomas (negali būti apskaičiuotas pagal turimus duomenis):

- Anafilaksija
- Padidėjęs jautrumas

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 aš sprendžiu:

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 ligos (koronaviruso infekcijos) vakcina COVID-19 VACCINE MODERNA.

(išbraukti nereikalingą)

Parašas. Data:

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

Bendrosios praktikos slaugytojas (suleidęs vakciną) _____