\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas)

**PACIENTO ( JO ATSTOVO) SUTIKIMAS SKIEPAMS**

Aš\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(paciento vardas, pavardė, gimimo data, jei pasirašo atstovas, nurodomas atstovavimo pagrindas)

savanoriškai atvykęs į sveikatos priežiūros įstaigą dėl skiepų, pasirašydamas patvirtinu, kad esu informuotas ir sutinku, kad sveikatos priežiūros specialistas mane apžiūrėtų, įvertintų mano sveikatos būklę dėl skiepijimo ir paskiepytų.

Skiepijimas – procedūra, kai į organizmą įšvirkščiama vakcina. Vakcina - imunobiologiniai preparatai, sudaryti iš susilpnintų arba užmuštų mikroorganizmų (bakterijų ar virusų) arba jų sudėtinių dalių (komponentų) bei pagalbinių cheminių medžiagų.

Galimos reakcijos (dažnai pasitaikančios): vietinė odos reakcija, paraudimas, patinimas, ilgesnis kraujavimo laikas dūrio vietoje, kraujosruva, skausmas dūrio vietoje. Retai pasitaikančios: infiltratas, karščiavimas, lengva ligos forma. Labai retai pasitaikančios: anafilaksinis šokas.

Numatomos suleisti vakcinos pavadinimas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gydytojas (slaugytoja)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Vardas, pavardė, parašas)

**Paciento (atstovo) parašas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(data)

Pirminė reakcija į skiepą: Nėra Yra

(pabraukti)

Skiepus atlikęs

sveikatos priežiūros specialistas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Vardas, pavardė, parašas) (data)

Numatomos suleisti vakcinos pavadinimas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gydytojas (slaugytoja)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Vardas, pavardė, parašas)

**Paciento (atstovo) parašas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(data)

Pirminė reakcija į skiepą: Nėra Yra

(pabraukti)

Skiepus atlikęs

sveikatos priežiūros specialistas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Vardas, pavardė, parašas) (data)