**Pranešimas apie įtariamą COVID-19 vakcinos šalutinį poveikį**

Užpildymo data: Pažymėkite

**1. Kam pasireiškė įtariamas šalutinis poveikis?**

Jums

Jūsų vaikui

kitam asmeniui

**2. Asmens, kuriam pasireiškė įtariamas šalutinis poveikis, duomenys:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Inicialai** | **Amžius (metai)** | **Lytis** | **Svoris (kg)** | **Ūgis (cm)** |
| ... | ... | vyras  moteris | ... | ... |

Pateikti asmens duomenys yra konfidencialūs ir niekam nebus perduoti ar atskleisti.

**3. Įtariamo šalutinis poveikio duomenys:**

|  |  |
| --- | --- |
| Apibūdinkite pasireiškusį įtariamą šalutinį poveikį:  .......  Pažymėkite, kurį sunkaus šalutinio poveikio kriterijų atitinka  Mirtis  Pavojus gyvybei  Hospitalizacija  Prailginta hospitalizacijos trukmė  Apsigimimas  Ilgalaikiai sveikatos sutrikimai | **Prasidėjo** Pradžios data  **Baigėsi** Pabaigos data |
| Įtariamą šalutinį poveikį patyrusio asmens būklė šuo metu  Sutrikimai praėjo  Įtariamas šalutinis poveikis tęsiasi, bet sveikatos būklė gerėja  Sveikatos būklė nesikeičia  Sveikatos būklė blogėja | |

**4. Vakcina, kurią suleidus pasireiškė įtariamas poveikis**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vakcinos pavadinimas** | **Skiepijimo data** | **Kelinta dozė** |
| Comirnaty (Pfizer)  Vaxzevria (AstraZeneca)  Spikevax (Moderna)  Covid-19 vakcina Jansen | Pažymėkite | Pirma  Antra  Trečia  Ketvirta |

**5. Kiti vaistai, vartoti per paskutines 3 dienas iki COVID-19 vakcinos (nurodykite pavadinimus):**

|  |
| --- |
| ... |
| ... |
| ... |
| ... |
| .... |

**6. Kita svarbi informacija (pavyzdžiui, sunkios ligos, anksčiau pasireiškusios alerginės reakcijos, krešuliai)**

Įrašykite

**7. Ar informavote savo gydytoją apie pasireiškusį įtariamą šalutinį poveikį?**

taip

ne

**8. Jei taip, nurodykite:**

|  |  |
| --- | --- |
| Gydytojo vardas, pavardė (arba inicialai) | ... |
| Tel. nr. | ... |
| El. paštas (jei žinote) | ... |
| Asmens sveikatos priežiūros įstaiga | ... |

**9. Jūsų kontaktiniai duomenys:**

|  |  |
| --- | --- |
| Vardas, pavardė (arba inicialai) | ... |
| Tel. nr. | ... |
| El. paštas | ... |

**10. Ar sutinkate, kad esant būtinybei su Jumis susisiektume:**

taip

ne

Duomenis apie įtariamą sunkų šalutinį poveikį, pasireiškusį suleidus COVID-19 vakcinų, renkame tam, kad galėtume atlikti nepriklausomą analizę. Sveikatos teisės institutas nagrinėja tik sunkų šalutinį poveikį, kurio kriterijai nurodyti pranešimo formoje.

Pateikti asmens duomenys yra konfidencialūs ir niekam nebus perduoti ar atskleisti. Kontaktinių duomenų prašome tam, kad prireikus galėtume susisiekti.

Jei sutinkate, taip pat prašom išsiųsti šį pranešimą Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai el. paštu NepageidaujamaR@vvkt.lt