LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ĮSAKYMAS
DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 1999 M. LAPKRIČIO 29 D. ĮSAKYMO NR. 515 „DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLOS APSKAITOS IR ATSKAITOMYBĖS TVARKOS“ PAKEITIMO

2018 m. spalio 16 d. Nr. V-1143
Vilnius

1. Pakeičiu formą Nr. 392-1/a „Skiepų pašalinių reiškinių tyrimo protokolas“, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“, ir ją išdėstau nauja redakcija (pridedama).

2. Nustatau, kad šis įsakymas įsigalioja 2019 m. sausio 1 d.

Sveikatos apsaugos ministras Aurelijus Veryga

	Forma Nr. 392-1/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. spalio 16 d. įsakymo Nr. V-1143 redakcija)
Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, adresas, telefonas	

NEPAGEIDAUJAMŲ REAKCIJŲ Į SKIEPUS TYRIMO PROTOKOLAS

Apie kiekvieną nustatytą nepageidaujamą reakciją į skiepą asmens sveikatos priežiūros įstaiga užpildo Nepageidaujamų reakcijų į skiepus tyrimo protokola formą Nr. 392-1/ ir per 15 kalendorinių dienų nuo nepageidaujamos reakcijos į skiepą nustatymo (jei nepageidaujama reakcija į skiepą sukėlė pavojų gyvybei ar mirtį – per 1 kalendorinę dieną) išsiunčia atitinkamam Nacionalinio visuomenės sveikatos centro prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – NVSC) teritoriniam padaliniui. NVSC teritorinis padalinys teikia Nepageidaujamų reakcijų į skiepus tyrimo protokolo formą Užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinei sistemai (ULSVIS) per 5 darbo dienas (jei nepageidaujama reakcija į skiepą sukėlė pavojų gyvybei ar mirtį – per 1 kalendorinę dieną) nuo Nepageidaujamų reakcijų į skiepus tyrimo protokolo formos gavimo ar patikslinimo.

Protokolas pildomas DIDŽIOSIOMIS SPAUSDINTINĖMIS RAIDĖMIS.

Paciento vardas: ______________________ pavardė ______________________________

Gimimo data: /__/__/ /__/__/ /__/__/ Adresas: _ Lytis: ☐ V ☐ M

metai mėnuo diena

Informaciją pateikė: ☐ Tėvai ☐ Kiti šeimos nariai ☐ Pagalbą suteikę sveikatos priežiūros specialistai ☐ Kiti (patikslinkite)

Apie šią nepageidaujamą reakciją pranešta: ☐ Asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovui ☐ Kitur (patikslinkite) ☐ Nacionalinio visuomenės sveikatos centro departamentui ☐ Niekur nepranešta

ANAMNEZĖ

Ar paciento anamnezėje buvo sunkių ligų*? ☐ NE ☐ TAIP (patikslinkite žemiau)

* Pagal sunkių ligų sąrašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. kovo 28 d. įsakymu Nr. V-177 „Dėl sunkių ligų sąrašo patvirtinimo“.

_ _

Ar buvo nepageidaujamų reakcijų į anksčiau skirtus imuninius vaistinius preparatus (pvz., vakcinas, imunoglobulinus, serumus)? ☐ NE ☐ TAIP

Jeigu TAIP, nurodykite, kuriais metais, po kokio vaistinio preparato (toliau – vaistas), kokia reakcija:

_ _

Ar skiepijimo metu pacientas buvo sveikas? ☐ NE ☐ TAIP

Jeigu NE, nurodykite patologijos pobūdį _

Ar skiepijimo metu ir 4 savaites prieš skiepijimą buvo naudojami kokie nors vaistai? ☐ NE ☐ TAIP

Jeigu TAIP, nurodykite vaistą, paros dozę, vartojimo trukmę

_ _

IMUNINIS VAISTINIS PREPARATAS

Bendrinis pavadinimas _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Prekinis pavadinimas _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Gamintojas _

Serijos Nr. _

Galiojimo laikas _

Preparatas gautas iš:

☐ ULAC

☐ Kitur (patikslinkite)

____

Kiek gauta šios serijos vaisto dozių? /__/__/__/

Kiek asmenų paskiepyta? /__/__/__/

____

Skiepijimo būdas:

☐ per burną ☐ į odą

☐ po oda ☐ į raumenis

Skiepijimo vieta:

☐ kairysis žastas ☐ kairioji šlaunis

☐ dešinysis žastas ☐ dešinioji šlaunis

Pacientą skiepijo: _ (pareigos, vardas, pavardė)	
Skiepijimo data ir laikas /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ *metai mėnuo diena valanda minutės* Nurodykite, kuri vakcinos dozė buvo įskiepyta (dozės Nr.) ☐ Ar tuo pačiu metu pacientas buvo skiepijamas ir kitomis vakcinomis, imunoglobulinais, serumais? ☐ NE ☐ TAIP Jeigu TAIP, nurodykite, kokiomis:	

NEPAGEIDAUJAMOS REAKCIJOS APRAŠYMAS

Įvertinkite simptomų sunkumą pagal jų maksimalią išraišką balais ar milimetrais (mm).
SUNKUMO SKALĖ: 1 = lengvi; 2 = vidutinio sunkumo; 3 = sunkūs.
Prašome pateikti savo nuomonę apie simptomų ryšį su skiepijimu:
S = susiję; GS = galimai susiję; GN = galimai nesusiję; N = nesusiję.

Vietiniai simptomai	Pradžia:				Trukmė (dienų)	Tęsiasi iki šiol	Sunkumas	Ryšys su skiepijimu
	Mėnuo	diena	valanda	minutės				
Paraudimas	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	mm /__/__/__/	☐
Patinimas	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	mm /__/__/__/	☐
Skausmingumas injekcijos vietoje	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	☐	☐
Limfadenitas	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	mm /__/__/__/	☐
Injekcijos vietos abscesas	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	mm /__/__/__/	☐
Kiti (patikslinkite)	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	☐	☐
Bendri simptomai								
Karščiavimas (maksimalus)	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	T° C /__/__//__/__/	☐
Vangumas	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	☐	☐
Neramumas	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	☐	☐
Atkaklus nenutrūkstantis (neįprastas) verksmas	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	☐	☐
Sąmonės sutrikimai (patikslinkite)	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	☐	☐
Traukuliai	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	☐	☐
Kvėpavimo sutrikimai	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	☐	☐
Viduriavimas	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	☐	☐
Kiti (patikslinkite)	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	/__/__/	☐	☐	☐

Jeigu būtų simptomų, nepaminėtų šiame protokole, aprašykite juos *PASTABŲ* skiltyje.

GYDYMAS IR BAIGTIS

Nurodykite gydymui vartotus vaistus:

	Vaisto pavadinimas	Skyrimo būdas (pvz., vartoti per burną)	Paros dozė	Gydymo trukmė

Ar dėl šios nepageidaujamos reakcijos pacientas buvo gydomas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje?
☐ NE ☐ TAIP: Asmens sveikatos priežiūros įstaiga _
Gydymo stacionare ligos istorijos (forma Nr. 003/a) Nr. _
Klinikinė diagnozė _

Nurodykite nepageidaujamos reakcijos baigtį:

☐ Visiškai pasveiko
☐ Pasveiko, bet liko liekamųjų reiškinių (patikslinkite).
☐ Liko neįgalumas (patikslinkite).
☐ Mirė. Nurodykite laiką /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/
metai mėnuo diena valanda minutės
Patologinės anatomijos autopsijos protokolo (forma Nr. 013-1/a) Nr. _
Patologinės anatomijos autopsijos tyrimo išvada: _
_ _

PASTABOS

Protokolą užpildžiusiojo pareigų pavadinimas _
Parašas _
Vardas, pavardė _
Data _
Sveikatos priežiūros specialisto spaudas