

Vaksinimi Ndaj-COVID19

FORMULARI I MIRATIMIT

Emër Mbiemër:	Gjinia: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Datëlindja:	Vendlindja:
Vendbanimi:	Nr. telefoni:
Numri i identitetit:	
Qendra Shëndetësore ku jeni i/e rregjistruar.....	
Profesioni	

Kam plotësuar me vërtetësi dhe rishikuar me personelin shëndetësor “Formularin e Anamnezës” në Shtojcën 1.

Kam lexuar informacionin e paraqitur qartazi dhe kuptoj plotësisht “Materialin Informativ” në Shtojcën 3 nga i cili disponoj një kopje.

Në prani të dy profesionistëve shëndetësorë, të caktuar për vaksinim, u informova më tej në lidhje me vaksinën dhe gjendjen time shëndetësore. U informova saktë dhe qartazi mbi përfitimet dhe efektet e padëshiruara të vaksinimit, procedurat dhe alternativat terapeutike, si dhe pasojat e çdo refuzimi ose heqje dorë nga marrja e dozës së dytë të vaksinës.

Jam i/e vetëdijshëm se nëse ndodh ndonjë efekt anësor, do të jetë përgjegjësia ime të informoj menjëherë mjekun e familjes dhe/ose infermierin tim dhe të ndjek udhëzimet e tyre. Gjithashtu jam në dijeni se mund të informoj edhe vete sipas udhëzimeve në shtojcën 3.

Jam dakort të qëndroj në “zonën e pritjes pas vaksinimit” për të paktën 20-30 minuta pas administrimit të vaksinës për të siguruar më tej shëndetin tim në lidhje me reaksionet e mundshme të menjëhershme anësore.

► **Jam dakord** dhe autorizoj administrimin e vaksinës _____
(Emri i vaksines)

Data dhe vendi _____
(Emër Mbiemër, Firmë)

► **Refuzoj** administrimin e vaksinës _____
(Emri i vaksines)

Data dhe vendi _____
(Emër Mbiemër, Firmë)

(Arsyet e refuzimit plotësohen në shtojcën 2)

Personeli shëndetësor që kreu vaksinimin

1. Emër Mbiemër _____ Profesioni _____

Konfirmoj që i vaksinuari ka dhënë pëlqimin e tij për vaksinimin, pasi iu dha i gjithë informacioni i nevojshëm.

Firma _____

1. Emër Mbiemër _____ Profesioni _____

Konfirmoj që i vaksinuari ka dhënë pëlqimin e tij për vaksinimin, pasi iu dha i gjithë informacioni i nevojshëm.

Firma _____

Detaje operative të vaksinimit

	Zona e aplikimit		Nr. i Lotit	Data e skadencës	Vendi i aplikimit (QSH, Spital etj)	Data dhe ora e administrimit	Firma e aplikuesit
Doza e parë	Krahu i majtë	Krahu i djathtë					
Doza e dytë	Krahu i majtë	Krahu i djathtë					

SHTOJCA 1

Vaksinimi ndaj-covid19 FORMULARI I ANAMNEZËS

Të plotësohet nga Personi që do të vaksinohet dhe të rishikohet së bashku me Profesionistët e Shëndetit të caktuar për vaksinim.

Anamneza	PO	JO	NUK E DI
A jeni alergjik ndaj lateksit, ndonjë ushqimi, medikamenti, polietilen glikolit (PEG) apo polisorbateve ose nga ndonjë përbërës i vaksinës? Nëse po, specifiko:.....			
A keni patur ndonjëherë një reagim të rëndë pasi keni marrë një vaksinë?			
A vuani nga sëmundje të zemrës ose mushkërive, astmë, sëmundje të veshkave, diabet, anemi ose çrregullime të tjera të gjakut?			
A keni një gjendje të kompromentuar të sistemit imunitar? (Shembull: kancer, leuçemi, limfoma, HIV/AIDS, transplantim)?			
A vuani nga ndonjë sëmundje autoimune?			
Në 3 muajt e fundit, a keni marrë ilaçe që dobësojnë sistemin imunitar (shembull: kortizon, prednizon ose steroide të tjera) ose medikamente kundër kancerit, apo i jeni nënshtruar trajtimeve me rrezatim?			
Gjatë vitit të kaluar, a keni kryer transfuzion të gjakut ose produkteve të tij, ose ju janë dhënë imunoglobulina (gama) ose medikamente antivirale?			
A keni pasur konvulsione apo ndonjë problem me trurin ose sistemin tuaj nervor?			
A keni probleme trombocitopenie apo tromboembolike?			
A keni marrë ndonjë vaksinë në 4 javët e fundit? Nëse po, cilën?			
Për femrat: - A jeni shtatzënë ose planifikoni të mbeteni shtatzënë në muajin pas administrimit të dozës së parë ose të dytë?			
- A jeni duke ushqyer me gji?			

Specifikoni më poshtë medikamentet, dhe në veçanti antikoagulantët, si dhe shtesat natyrore, vitaminat, mineralet ose medikamentet alternative që po merrni)

Anamneza lidhur me COVID-19	PO	JO	NUK E DI
A jeni i semure?			
A keni temperature mbi 37 grade Celcius?			
A keni qenë në kontakt me ndonjë person të infektuar me SarsCoV-2 ose të prekur nga COVID-19 në muajin e fundit?			
Keni ndonjë nga simptomat e mëposhtme:			
Kollë /dhimbje gjoksi / temperature / dispne ose simptoma të ngjashme me gripin?			
Dhimbje fyti / humbje nuhatje ose shije?			
Dhimbje barku / diarre?			
Mavijosje jo normale ose gjakderdhje / skuqje të syve?			
Keni bërë ndonjë udhëtim ndërkombëtar në muajin e fundit? Nëse po shënoni ku _____			
Test COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> • Nuk kam kryer test për COVID-19 së fundmi • Test COVID 19 negativ (Datë: _____) - Test COVID-19 pozitiv (Datë: _____) - Në pritje për test COVID-19 (Datë: _____) 			

Raportoni ndonjë patologji tjetër ose informacion të dobishëm në lidhje me gjendjen tuaj shëndetësore

SHTOJCA 2

Refuzim i vaksinës ndaj COVID-19

Ministria e Shëndetësisë dhe Instituti i Shëndetit Publik kanë rekomanduar vaksinimin tim pranë _____, në mënyrë që të mbrohem unë dhe personat të cilëve unë i shërbej.

Pranoj që jam i/e ndërgjegjshëm për faktet e mëposhtëme:

- COVID-19 është një sëmundje e rëndë respiratore që vret me mijëra njerëz në botë.
- Vaksinimi ndaj COVID-19 rekomandohet për mua dhe të gjithë personelin për të na mbrojtur ne dhe personat përreth nga infeksioni SARS-CoV-2, komplikacionet e sëmundjes dhe vdekja.
- Nëse prekem nga COVID-19, unë mund ta përhap virusin përpara dhe pas shfaqjes së shenjave të tij. Virusi i përhapur prej meje mund të prekë të gjithë personat në institucionin ku unë shërbej.
- Nëse prekem nga COVID-19, edhe pse vetë mund të mos kem simptoma apo ti kem ato në nivel mesatar, mund ta përhap virusin dhe të tjerët mund të sëmuren shumë rëndë.
- E kuptoj që COVID-19 nuk merret nga vaksinimi me këtë vaksinë.
- Pasojat e refuzimit tim për tu vaksinuar ndaj COVID-19 mund të kenë efekte kërcënuese për shëndetin dhe jetën, për mua dhe personat me të cilët unë kam kontakt, përfshirë këtu:
 - të gjithë personat në institucionin shëndetësor ku unë shërbej;
 - bashkëpunëtorët e mi;
 - familjarët e mi;
 - komunitetin ku unë jetoj.

Përkundër këtyre fakteve, unë zgjedh të mos vaksinohem tani për arsyet e mëposhtme:

E kuptoj që mund të ndërroj mendim në çdo kohë dhe të pranoj vaksinimin, nëse do ketë ende gjendje të vaksinës ndaj COVID-19.

E kam lexuar dhe kuptoj plotësisht informacionin në këtë format refuzimi.

Firma: _____

Data: _____