



Darbavieta, izglītības iestāde <sup>2</sup> _____	
(nosaukums un adrese)	
Datums, kad pēdējo reizi apmeklēta darbavieta vai izglītības iestāde <sup>2</sup>	<u>Datums (dd.mm.gggg)</u> □□.□□.□□□□
Saslimšanas datums	□□.□□.□□□□
Datums, kad pacients vērsies pie ārsta saistībā ar saslimšanu	□□.□□.□□□□
Hospitalizācijas datums (dd.mm.gggg)	□□.□□.□□□□
Hospitalizācijas vieta _____ (ārstniecības iestādes nosaukums)	Kods □□□□□□□□
<input type="checkbox"/> grūtniecība	<input type="checkbox"/> nedēļa
<b>IV. Dati par inficēšanos</b>	
Inficēšanās notikusi:	<input type="checkbox"/> Latvijā <input type="checkbox"/> citā valstī (norādīt) _____ <input type="checkbox"/> nav zināms
Inficēšanas vieta, cēlonis un apstākļi, ja noskaidrots	_____ _____
Saslimšanas gadījumi kontaktpersonu vidū	<input type="checkbox"/> nav <input type="checkbox"/> ir (ja ir, precizēt un norādīt personas kodu, vārdu un uzvārdu) _____ _____
Iedzimtās infekcijas gadījumā	mātes personas kods □□□□□□ - □□□□□□ vārds un uzvārds _____
Iespējama inficēšanās seksuāli transmisīvās infekcijas gadījumā:	
<input type="checkbox"/> heteroseksuāls kontakts <input type="checkbox"/> vīrietim sekss ar vīrieti <input type="checkbox"/> no mātes bērnam	
<input type="checkbox"/> cits (precizēt) _____ <input type="checkbox"/> nav datu	
Papildu riska faktori:	
kontakts ar seksuālo pakalpojumu sniedzēju	<input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē <input type="checkbox"/> nav datu
intravenozo narkotisko vielu lietošana	<input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē <input type="checkbox"/> nav datu
<input type="checkbox"/> cits (precizēt) _____	<input type="checkbox"/> nav datu
<b>V. Dati par vakcinācijas izraisīto komplikāciju</b>	
Vakcinācijas iestāde, kurā veikta imunizācija _____	
(nosaukums un adrese)	
Ievadītā vakcīna _____	(nosaukums, sērija, derīguma termiņš, daudzums (mililitros vai pilienos))
Ievadīšanas datums (dd.mm.gggg)	□□.□□.□□□□
un laiks (st. un min)	plkst. □□.□□
Ievadīšanas veids:	<input type="checkbox"/> intramuskulāri <input type="checkbox"/> subkutāni <input type="checkbox"/> perorāli <input type="checkbox"/> intrakutāni
<b>VI. Papildinformācija</b>	
_____	

<b>VII. Dati par paziņojuma reģistrāciju</b>	
Datums (dd.mm.gggg) un laiks (st. un min), kad pirmo reizi pa tālruni ziņots Slimību profilakses un kontroles centram <sup>3</sup> - kas ziņojis <sup>3</sup> _____	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> plkst. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
(vārds, uzvārds)	
Paziņojuma nosūtīšanas datums (dd.mm.gggg) - paziņojuma nosūtītājs _____	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(paraksts, ārstniecības personas spiedogs, tālruņa numurs)	
Pacienta reģistrācijas numurs Slimību profilakses un kontroles centrā - paziņojuma saņēmējs _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(vārds, uzvārds un paraksts)	
Piezīmes. <sup>1</sup> Aizpilda, ja nav informācijas par personas kodu. <sup>2</sup> Neaizpilda, ja ir seksuāli transmisīvā infekcija. <sup>3</sup> Neaizpilda, ja ir slimība, par kuru paredzēta tikai rakstiska ziņošana.	
Uzmanību! Aizpildītu steidzamo paziņojumu atbilstoši normatīvajiem aktiem par infekcijas slimību reģistrācijas kārtību un par kārtību, kādā ārstniecības persona ziņo par vakcinācijas izraisītajām komplikācijām, nosūta Slimību profilakses un kontroles centram.	