

## FORMULARI ANAMNESTIK PARA VAKSINIMIT

Vaksinimi/et: \_\_\_\_\_

PLOTËSONI EDHE ANËN E PASME

|                                                                                                                                                                      |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| I/E nënshkruari/a _____ i/e lindur më _____<br>(mbiemri dhe emri i prindit)                                                                                          |    |    |
| I/E nënshkruari/a _____ i/e lindur më _____<br>(mbiemri dhe emri i prindit)                                                                                          |    |    |
| Prindërit/ushtuesit e përgjegjësishë prindërore/kujdestari/familja strehuese e _____<br>(mbiemri dhe emri i fëmijës)                                                 |    |    |
| i/e lindur në _____ më _____                                                                                                                                         |    |    |
| Deklarojnë se djali/vajza (Për fëmijët mbi gjashtë muaj, plotësoni duke filluar nga pyetja 4):                                                                       |    |    |
| 1. Ka lindur para kohe dhe/ose me peshë të ulët                                                                                                                      | Po | Jo |
| 2. Ka pasur invaginacion të zorrëve ose ka një keqformim të lindur, të pakorrigjuar, të traktit gastrointestinal që mund të predispozojë për invaginacion të zorrëve | Po | Jo |
| 3. Ka familjarë (vëllezër/motra, prindër ose gjyshër) me imunodeficiencë të lindur                                                                                   | Po | Jo |
| 4. Ka lindur nga nënë që ka marrë terapi immunosupresive gjatë shtatzënisë ose ushqyerjes me gji                                                                     | Po | Jo |
| 5. Ka sëmundje aktualisht<br>Nëse po, specifikoni _____                                                                                                              | Po | Jo |
| 6. Ka sëmundje që ulin imunitetin (p.sh. leucemi, tumore, HIV) ose jeton me persona me këto sëmundje<br>Nëse po, specifikoni _____                                   | Po | Jo |
| 7. Ka marrë transfuzione gjaku, derivate gjaku, imunoglobulina ose barna antivirale në vitin e fundit<br>Nëse po, specifikoni _____                                  | Po | Jo |
| 8. Në 6 muajt e fundit, ka marrë barna rregullisht (veçanërisht immunosupresorë) ose i është nënshtruar radioterapisë ose dializës<br>Nëse po, specifikoni _____     | Po | Jo |
| 9. Ka pasur infeksione të përsëritura, të vazhdueshme ose të rënda<br>Nëse po, specifikoni _____                                                                     | Po | Jo |
| 10. Ka pasur (ose kanë pasur prindërit/vëllezërit/motrat) konvulsione febrile, epilepsi, çrregullime neurologjike<br>Nëse po, specifikoni _____                      | Po | Jo |
| 11. Ka shfaqur alergji ndaj barnave, ushqimeve, lateksit ose substancave të tjera<br>Nëse po, specifikoni _____                                                      | Po | Jo |
| 12. Ka marrë vaksina në 4 javët e fundit?<br>Nëse po, cila/cilat? _____                                                                                              | Po | Jo |
| 13. Ka pasur reaksione të rënda ndaj një doze të mëparshme vaksine<br>Nëse po, specifikoni _____                                                                     | Po | Jo |
| 14. I është nënshtruar ndërhyrjeve kirurgjikale<br>Nëse po, specifikoni _____                                                                                        | Po | Jo |
| 15. Është shtatzënë aktualisht (vetëm për vajzat/gratë në moshë riprodhuese)                                                                                         | Po | Jo |
| SHËNIME _____                                                                                                                                                        |    |    |

NËNSHKRIMI I PRINDËRVE: Prindi \_\_\_\_\_ Prindi \_\_\_\_\_

NËNSHKRIMI i ushtuesit të përgj. prindërore/kujdestarit/familjes strehuese (bashkëngjitni kopje të dok. id.) \_\_\_\_\_

I/E aftë për vaksinim: ☐ Po ☐ Jo

Data \_\_\_\_\_ NËNSHKRIMI dhe vula e Mjekut ose Asist. Shënd. / Inf. \_\_\_\_\_

**DEKLARATË PËR MARRJEN E INFORMACIONIT LIDHUR ME KRYERJEN E VAKSINIMEVE TË DETYRUESHME DHE TË REKOMANDUARA**

Unë i/e nënshkruari/a \_\_\_\_\_ i/e lindur më \_\_\_\_\_  
Unë i/e nënshkruari/a \_\_\_\_\_ i/e lindur më \_\_\_\_\_  
prindër/ushtrues të përgjegjësishë prindërore/kujdestar/familje strehuese të \_\_\_\_\_  
i/e lindur në \_\_\_\_\_ më \_\_\_\_\_

**DEKLAROJMË**

- se kemi marrë të gjitha informacionet për trajtimin e propozuar, rreziqet dhe komplikimet e mundshme (edhe në lidhje me praninë e mundshme të sëmundjeve të tjera), pasojat e mundshme të refuzimit dhe të moskryerjes së vaksinimit/eve të propozuar, se i kemi kuptuar mirë informacionet e dhëna dhe se kemi marrë përgjigje për kërkesat tona për sqarime
- se jemi informuar për nevojën të qëndrojmë në Shërbim 15 minuta pas vaksinimit dhe të mbikëqyrim fëmijën tonë gjatë kryerjes së vaksinimit dhe në periudhën pas vaksinimit
- se jemi informuar që sot i bëhet/i bëhen **VAKSINA/AT E DETYRUESHME** të mëposhtme, sipas Ligjit nr. 119, datë 31 korrik 2017, për detyrimet e vaksinimit, për të cilat kemi marrë shënimet informuese

|                                                |                                                                                        |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kundër poliomielitit  | <input type="checkbox"/> Kundër hepatitit B                                            |
| <input type="checkbox"/> Kundër tetanozit      | <input type="checkbox"/> Kundër Haemophilus Influenzae B                               |
| <input type="checkbox"/> Kundër difterisë      | <input type="checkbox"/> Kundër fruthit-shytave-rubeolës                               |
| <input type="checkbox"/> Kundër kollës së mirë | <input type="checkbox"/> Kundër lisë së dhenve<br><i>për të lindurit nga viti 2017</i> |

**Shprehim PËLQIMIN/MOSPËLQIMIN PËR KRYERJEN E VAKSINIMIT/EVE TË REKOMANDUAR TË MËPOSHTËM, për të cilat kemi marrë shënimet informuese:**

|                                                                 |                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Kundër rotavirusit                                              | <input type="checkbox"/> Pëlqim | <input type="checkbox"/> Mospëlqim |
| Kundër pneumokokut _____                                        | <input type="checkbox"/> Pëlqim | <input type="checkbox"/> Mospëlqim |
| Kundër meningokokut B                                           | <input type="checkbox"/> Pëlqim | <input type="checkbox"/> Mospëlqim |
| Kundër meningokokut ACWY                                        | <input type="checkbox"/> Pëlqim | <input type="checkbox"/> Mospëlqim |
| Kundër papilomavirusit 9-valent                                 | <input type="checkbox"/> Pëlqim | <input type="checkbox"/> Mospëlqim |
| Kundër hepatitit A                                              | <input type="checkbox"/> Pëlqim | <input type="checkbox"/> Mospëlqim |
| Kundër gripit                                                   | <input type="checkbox"/> Pëlqim | <input type="checkbox"/> Mospëlqim |
| Kundër lisë së dhenve<br><i>për të lindurit para vitit 2017</i> | <input type="checkbox"/> Pëlqim | <input type="checkbox"/> Mospëlqim |
|                                                                 |                                 |                                    |

**NËNSHKRIMI i të dy prindërve, personalisht në ambulancën e vaksinimit\*, ose t'i dorëzohet të deleguarit në rast pamundësie për të qenë të pranishëm.**

Prindi \_\_\_\_\_ Prindi \_\_\_\_\_

NËNSHKRIMI i ushtruesit të përgj. prindërore/kujdestarit/familjes strehuese (*bashkëngjitni kopje të dok. id.*) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ NËNSHKRIMI dhe vula e Mjekut ose Asist. Shënd./ Inf. \_\_\_\_\_

\*në mungesë të njërit prind, prindi i pranishëm në ambulancën e vaksinimit plotëson formularin e vetëdeklarimit