

VAKSINIMI NDAJ-COVID19
FORMULARI I MIRATIMIT

Emër Mbiemër:	Gjinia: F M
Datëlindja:	Vendlindja:
Vendbanimi:	Nr. telefoni:
Numri i identitetit:	
Vendi i punës (Spitali, qsh etj)	
Profesioni	
Nëse është institucion shëndetësor specialiteti:	
Nëse është institucion shëndetësor pavioni ose sektori etj.	

Kam lexuar informacionin e paraqitur qartazi dhe kuptoj plotësisht “Materialin Informativ” në Shtojcën 1, nga i cili disponoj një kopje.

Kam plotësuar me vërtetësi dhe rishikuar me personelin shëndetësor “Formularin e Anamnezës” në Shtojcën 2.

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 padesheruara 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 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 1.

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

➤ Jam dakord dhe autorizoj administrimin e vaksinës _____
(Emri i vaksinës)

Data dhe vendi _____

Nënshkrimi i personit që merr vaksinën ose i Përfaqësuesit të tij Ligjor

(Emër Mbiemër, Firmë)

➤ Refuzoj administrimin e vaksinës _____
(Emri i vaksinës)

Data dhe vendi _____

Nënshkrimi i personit që merr vaksinën ose i Përfaqësuesit të tij Ligjor

(Emër Mbiemër, Firmë)

Nëse jeni personel shëndetësor dhe refuzoni administrimin e vaksinës plotësoni shtojcën 3.

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 _____

2. 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					

VAKSINIMI NDAJ-COVID19

MATERIAL INFORMATIV

1. Vaksina _____ përdoret për të parandaluar sëmundjen COVID-19 të shkaktuar nga virusi SARS-CoV-2.
2. Vaksina aktivizon ne trupin tone nje mekanizëm mbrojtës (siç është prodhimi i antitropave) i aftë të parandalojë që virusi i cili shkaketon COVID-19 të hyjë në qelizat tona duke parandaluar kështu edhe shfaqjen e sëmundjes.
3. Vaksina "Pfizer-BioNTech COVID-19" mund të administrohet që nga mosha 16 vjeç.
4. Vaksina nuk mund t'u jepet grave shtatzëna dhe atyre që ushqejnë me gji pasi akoma nuk ka studime mbi këto grupe.
5. Vaksina bëhet me injeksion në pjesën e sipërme të krahut, me 2 doza, me një diferencë prej 21-28 ditësh midis njëra-tjetrës (Vaksina Pfizer-BioNTech kryhet 21 ditë pas dozës së parë).

Është shumë e rëndësishme që të ktheheni për administrimin e dozës së dytë, përndryshe vaksinimi mund të mos funksionojë.

Nëse harroni të ktheheni në datën e caktuar për dozën e dytë, ju lutemi kontaktoni mjekun tuaj ose institucionin që ju dha dozën e parë.

6. Mund të duhen deri në 7 ditë pas dozës së dytë të vaksinës për të krijuar mbrojtje ndaj COVID-19. Vaksina mund të mos mbrojë plotësisht të gjithë ata që e marrin. Në fakt, efikasiteti i vlerësuar nga provat klinike (pas dy dozave të vaksinës) është deri në 95% për disa vaksina dhe mund të jetë më i ulët tek njerëzit me probleme të imunitetit.
Edhe pas administrimit të të dy dozave të vaksinës, **rekomandohet që** të vazhdoni të ndiqni me përpikëri rekomandimet e autoriteteve tuaja lokale të shëndetit publik në mënyrë që të parandaloni përhapjen e COVID-19.
7. Vaksina si psh Pfizer-BioNTech COVID-19 përmban një molekulë të quajtur ARN mesazhere e cila nuk mund të shumohet vetvetiu në qelizat tona, por nxit prodhimin e antigeneve të virusit SARS-CoV-2 (që ajo vetë kodon). Tek të vaksinuarit, antigenet S të virusit stimulojnë prodhimin e antitropave të cilet luajnë rol neutralizues ndaj virusit.

ARN mesazhere është e mbështjellë me liposome të formuara nga ALC-0315 dhe ALC-0159 për të lehtësuar hyrjen në qelizë.

Vaksina Pfizer-BioNTech përmban edhe perberes të tjerë, si vijojnë:

- 1,2-Distearoyl-sn-glicero-3-fosfokolinë
- kolesterol
- fosfat dibazik dihidrat natriumi
- fosfat kaliumi monobazik
- klorur kaliumi
- klorur natriumi
- saharozë
- ujë për injeksione

8. Vaksina mund të shkaktojë **reaksione anësore**, disa prej të cilave rradhiten më poshtë.

Shumë të zakonshme (mund të prekë më shumë se 1 në 10 pacientë):

- dhimbje, skuqje, ënjtje në vendin e injektimit
- lodhje
- dhimbje koke
- dhimbje muskulore
- të dridhura
- dhimbje të nyjeve (artikulacioneve)
- temperaturë

Jo të zakonshme (mund të prekë deri në 1 në 100 pacientë):

- zmadhim të gjendrave limfatike

Të rralla

Disa reaksione alergjike të rralla, të cilat konsiderohen serioze, janë raportuar pas administrimit të vaksinës Pfizer-BioNTech COVID-19 gjatë vaksinimit në masë (jashtë provave klinike).

Simptomat e një reaksioni alergjik përfshijnë:

- urtikarie (pucra/fryrje në lëkurë që shpesh kruhen);
- ënjtje e fytyrës, gjuhës ose fytit;
- vështirësi në frymëmarrje.

Në rast të simptomave të rënda ose simptomave që mund të lidhen me një reaksion alergjik, menjëherë konsultohuni me mjekun tuaj ose kërkoni shërbimin e urgjencës.

Gjatë provave klinike, nuk është regjistruar asnjë vdekje e lidhur me vaksinimin.

Lista e mësipërme e reaksioneve të padëshiruara nuk është shteruese për të gjitha efektet anësore të mundshme që mund të ndodhin gjatë marrjes së vaksinës së Pfizer-BioNTech COVID-19 apo vaksinave të tjera.

*Nëse përjetoni ndonjë efekt të padëshiruar që nuk është shënuar në këtë listë, ju lutemi informoni menjëherë mjekun tuaj ose/dhe mund të informoni **vete ju ne sistemin** www.ishp.altirana.com tek seksioni **Raporto ngjarje**.*

9. Ju nuk mund të sëmureni me COVID-19 nga administrimi i vaksinës, sepse ARN e inokuluar nuk është në gjëndje të shkaktojë replikimin e virusit.

10. Për momentin nuk mund të parashikohen efekte anësore më afatgjata.

VAKSINIMI NDAJ-COVID19FORMULARI I ANAMNEZËS

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

Emër Mbiemër:	Telefon:		
Anamneza	PO	JO	NUK E DI
A jeni i sëmurë aktualisht?			
Keni temperaturë? (mbi 37 °C)			
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 dhe koheve të fundit 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 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 keni qenë në kontakt me ndonjë person të infektuar me Sars-CoV-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 te syve?			
Keni bërë ndonjë udhëtim ndërkombëtar në muajin e fundit? Ne se po shenoni ku _____			
Test COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> • Nuk kam kryer test për COVID-19 sëfundmi • 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

Refuzim i vaksinës ndaj COVID-19

Ministria e Shëndetësisë dhe Instituti i Shëndetit Publik kanë rekomanduar vaksinimin tim pranë Spitali/Qendrës Shëndetësore etj. _____, në mënyrë që të mbrohem unë dhe pacientët 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 mijera njerëz në botë.
- Vaksinimi ndaj COVID-19 rekomandohet për mua dhe të gjithë personelin shëndetësor për të na mbrojtur ne dhe pacientet tanë 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 pacientët në këtë institucionin shëndetësor 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 pacientët 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: _____