

TARANDĖS ŠEIMOS KLINIKA

Jūsų šeimos sveikata mūsų šeimos rūpestis

(Paciento vardas, pavardė)

(Data)

PATVIRTINIMAS

Patvirtinu, jog jokioje kitoje gydymo įstaigoje man nėra anuliuota vairuotojo sveikatos patikrinimo pažyma.

(Vardas, pavardė)

(Parašas)

(ASPI)

(Data)

SUTIKIMAS DĖL INFORMACIJOS TEIKIMO

Sutinku, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos suteiktų visą informaciją apie mane

(asmens vardas, pavardė)

UAB Tarandės šeimos klinikai.

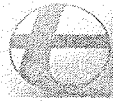
Vardas, pavardė

Asmens kodas

Adresas

Telefonas

Parašas



**SUTIKIMAS DĖL INFORMACIJOS
 APIE ASMENS SVEIKATOS BŪKLĘ SUTEIKIMO**

Aš, _____
 (vardas, pavardė, asmens kodas)

_____ (gyvenamoji vieta ir gydymo įstaiga, kurioje esate registruotas)

sutinku, kad duomenys apie mano sveikatos būklę 027/a formoje, būtų suteikti UAB „Tarandės šeimos klinikai“.

_____ (vardas, pavardė, parašas)

_____ (data)

Kraujo grupė

I (O)	Rh D (+)	Rh D (-)
II (A)	Rh D (+)	Rh D (-)
III (B)	Rh D (+)	Rh D (-)
IV (AB)	Rh D (+)	Rh D (-)

Kategorijos

I gr	A	A1	B	B1	BE	AM						
II gr	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE	TR1	TR2	SM	SZ

**VAIRUOTOJŲ GARBĖS DEKLARACIJA
(SVEIKATOS PATIKRINIMO KLAUSIMYNAS)**

(data)

(sudarymo vieta)

Eil. Nr.	Klausimai, į kuriuos prašome atsakyti (tinkamą atsakymą „taip“ arba „ne“ lentelėje pažymėti ✓) lankantis pas gydytoją dėl vairuotojo pažymėjimo įsigijimo arba jo galiojimo pratęsimo (priežastį pabraukti)	Taip	Ne
A.	Ar sergate kokia nors liga arba gal turite kokią negalią ar kitų medicininių nusiskundimų, galinčių paveikti Jūsų gebėjimą vairuoti motorinę transporto priemonę?		
1.	Ar turite regėjimo sutrikimų, tokių kaip: 1.1. pablogėjęs matymas 1.2. nevalingi akių judesiai (nistagmas) 1.3. regėjimo lauko defektai (pvz., ribotas matymas į šonus) 1.4. dvigubinimasis (dvejinimasis) 1.5. akivaizdus matymo pablogėjimas prieblandoje ir tamsoje (vištakumas) (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti) 1.6. pablogėjęs akių judrumas 1.7. jautrumas akinimui 1.8. pablogėjęs atstumo įvertinimas 1.9. kiti sutrikimai (akių skausmai, staigus matymo sutrikimas, buvo / yra nustatytas padidėjęs akispūdis ar kt.) (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti arba įrašyti):		
2.	Ar Jums svaigo / svaigsta galva? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
3.	Ar skundžiatės pablogėjusia klausa, ar sirgote ausų ligomis?		
4.	Ar yra galūnių judesių funkcijos sutrikimų arba gal sergate kokia nors su tuo susijusia liga? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
5.	Ar sirgote / sergate širdies ir/ar širdies ir kraujagyslių ligomis: 5.1. insultas (paralyžius) 5.2. širdies ritmo sutrikimai 5.3. širdies infarktas ar krūtinės angina (stenokardija) 5.4. širdies įgimta ar įgyta liga 5.5. kita širdies ar širdies ir kraujagyslių liga (reumatas ar kt.)		
6.	Ar sergate cukriniu diabetu?		
7.	Ar turėjote galvos smegenų traumą?		
8.	Ar sirgote / sergate epilepsija? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
9.	Ar Jums būna / kada nors buvo ištikę ženklius pusiausvyros sutrikimai? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		

Eil. Nr.	Klausimai, į kuriuos prašome atsakyti (tinkamą atsakymą „taip“ arba „ne“ lentelėje pažymėti ✓) lankantis pas gydytoją dėl vairuotojo pažymėjimo įsigijimo arba jo galiojimo pratęsimo (priežastį pabraukti)	Taip	Ne
10.	Ar alpote / alpstate arba turėjote / turite kitų sąmonės sutrikimų? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
11.	Ar skundžiatės / skundėtės anksčiau šlapinimosi sutrikimais, inkstų veiklos pablogėjimu? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
12.	Ar skundžiatės dėmesio, pastabumo, mąstymo arba atminties sutrikimais? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
13.	Ar skundžiatės miego sutrikimais: 13.1. Ar būnate pavargęs ar mieguistas dieną? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti) 13.2. Ar Jus ištinka nevalingi miego priepuoliai?		
14.	Ar piktnaudžiaujate / piktnaužiavote 5 metų laikotarpyje alkoholiu, rūkalais, narkotikais arba vaistais? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
15.	Ar turite / turėjote 5 metų laikotarpyje kokių nors psichikos sutrikimų arba gal sirgote kokia nors psichikos liga, ar dėl to buvote gydomas (-a) psichiatro? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
B.	Klausimai apie gydymą, vaistų vartojimą ir kt.		
16.	Ar buvote gydomas (-a) ligoninėje arba kreipėtis į gydytoją dėl anksčiau minėtų priežasčių (A 1-15)? Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti, nurodyti, kada ir įstaigos, kurioje gydėtės, pavadinimą, adresą		
17.	Ar šiuo metu vartojate gydytojo paskirtus vaistus (raminamuosius, migdomuosius, nuskausminamuosius ar kitus)? Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti, nurodyti, kokius vaistus:		
18.	Gal Jums dėl kurios nors anksčiau minėtos ligos (A 1-13) paskirti kokie nors vaistai, kurie turi būti reguliariai vartojami ilgą laiką? Jei atsakymas „taip“, nurodyti, kokie vaistai:		
19.	Ar anksčiau buvo tikrinama Jūsų sveikata, norint gauti vairuotojo pažymėjimą? Jei atsakymas „taip“, nurodyti kada:		
20.	Ar turite darbingumo apribojimų dėl ligos ar sveikatos problemos?		
21.	Ar manote, kad dabar esate visiškai sveikas (-a)? Jei atsakymas „ne“, įrašyti priežastis:		

Užtikrinu, kad visa mano pateikta informacija yra visiškai teisinga, ir suprantu, kad, pablogėjęs sveikatos būklei, turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

(vardas, pavardė)

(parašas)

KLAUSIMYNAS DĖL OBSTRUKCIŠNĖS MIEGO APNĖJOS

(pildymo data)

1.	Lytis	Vyras <input type="checkbox"/> Moteris <input type="checkbox"/>
2.	Amžius	
3.	Svoris	
4.	Ūgis	
5.	Ar vairuodamas buvote užsnūdęs?	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>
6.	Ar buvote patekęs į rimtą avariją (buvote sužeistas ar buvo sudaužyta transporto priemonė) dėl mieguistumo per pastaruosius 3 metus?	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>
7.	Ar Jūs knarkiate beveik kiekvieną naktį?	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>
8.	Ar kas nors Jums yra sakęs, kad nustoja kvėpuoti miego metu?	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>
9.	Ar atsibundate pailsėjęs po nakties miego?	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>
10.	Ar Jūsų kraujo spaudimas būna padidėjęs arba vartojate vaistus, skirtus kraujo spaudimui mažinti?	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>

Prašome užpildyti *Epworth* mieguistumo skalę kitoje lapo pusėje.

EPWORTH MIEGUISTUMO SKALĖ

Prašome užpildyti *Epworth* mieguistumo skalę, skirtą tikimybei, kad Jūs užsnūsite ar užmigsite, esant situacijoms, pateiktoms toliau esančioje lentelėje, neatsižvelgiant į nuovargį, įvertinti. Atsakymai turi apibūdinti Jūsų šių dienų gyvenimo būdą. Jeigu Jūs paskutiniu laiku nebuvote tokiose situacijose, pabandykite įsivaizduoti, kaip jose jaustumėtės. Į lentelės balų skiltį įrašykite vieną iš skalėje pateiktų labiausiai kiekvienai situacijai tinkančių skaičių:

- 0 = niekada nesnaudžiu
- 1 = nedidelė galimybė užsnūsti
- 2 = vidutinė galimybė užsnūsti
- 3 = didelė galimybė užsnūsti

Svarbu įvertinti situaciją kuo tiksliau.

Situacija	Balai
Sėdint ir skaitant	
Žiūrint televizorių	
Ramiai sėdint viešojoje vietoje (pvz., teatre ar susirinkime)	
Valandą laiko be pertraukos keliaujant automobiliu keleivio vietoje	
Atsigulus pailsėti pietų metu, kai leidžia aplinkybės	
Sėdint ir su kuo nors kalbant	
Ramiai sėdint, papietavus, negėrus alkoholinių gėrimų	
Vairuojant automobilį, stabtelėjus kelioms minutėms spūsties metu	

Užtikrinu, kad mano pateikta informacija yra teisinga, ir suprantu, kad pablogėjus sveikatos būklei turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

(parašas)

(vardas, pavardė)