



PROFILAKTIKA

DARBO MEDICINOS
KLINIKA

(data)

PATVIRTINIMAS

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

(Paciento vardas, pavardė)

SUTIKIMAS DĖL INFORMACIJOS TEIKIMO

Sutinku, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos suteiktų visą informaciją apie mane UAB „Profilaktika“.

Vardas, Pavardė

Asmens kodas

Adresas

Telefonas

Parašas



PROFILAKTIKA

**DARBO MEDICINOS
KLINIKA**

**SUTIKIMAS DĒL INFORMACIJOS
APIE ASMENS SVEIKATOS BŪKLĒ SUTEIKIMO**

Aš

(vardas, pavardē, asmens kods)

(gyvenamoji vieta ir gydymo i̇staiga, kurioje esate reģistṙrotas)

sutinku, kad duomenys apie mano sveikatos ḃukl̇ę 027/a formoje, ḃuṫ ṡuteikti UAB "Profilaktika".

(data)

(parašas)

Kraujo gruṗe

I (0)	Rh D (+)	Rh D (-)
II (A)	Rh D (+)	Rh D (-)
III (B)	Rh D (+)	RhD(-)
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

VAIRUOTOJO GARBĖS DEKLARACIJA (SVEIKATOS PATIKRINIMO KLAUSIMYNAS)

..... (data) (sudarymo vieta)

Eil. Nr.	Klausimai, į kuriuos prašome atsakyti (tinkamą atsakymą „taip“ arba „ne“ lentelėje pažymėti X) 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 ar tamsoje (vištakumas). (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
	1.6. pablogėjęs akių judrumas		
	1.7. įutrumas 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 ženklūs pusiausvyros sutrikimai? (Jei „taip“, tinkama atsakymą pabraukti)		
10.	Ar alpote / alpstate arba turėjote / turite kitų sąmonės sutrikimų? (Jei „taip“, tinkama atsakymą pabraukti)		
11.	Ar skundžiatės / skundėtės anksčiau šlapinimosi sutrikimais, inkstų veiklos pablogėjimu? (Jei „taip“, tinkama atsakymą pabraukti)		
12.	Ar skundžiatės dėmesio, pastabumo, mąstymo arba atminties sutrikimais? (Jei „taip“, tinkama atsakymą pabraukti)		
13.	Ar skundžiatės miego sutrikimais: 12.1. Ar būnate pavargęs ar mieguistas dieną? (Jei „taip“ tinkamą atsakymą pabraukti)		
	12.2. Ar Jus ištinka nevalingi miego priepuoliai?		
14.	Ar piktnaudžiaujate / piktnaudžiate 5 metų laikotarpiu alkoholiu, rūkalais, narkotikais arba vaistais? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
15.	Ar turite / turėjote 5 metų laikotarpiu kokių nors psichikos sutrikimų arba gal sergate 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 kreipėtės 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 tikrinta 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.

_____ (parašas)

_____ (vardas, pavardė)

Klausimynas dėl obstrukcinės miego apnėjos

(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 autoįvykį (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 nustojate 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"/>

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/Баллы
Sėdint ir skaitant	
Žiūrint televizorių	
Ramiai sėdint viešoje vietoje (pvz. teatre arba 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 visa mano pateikta informacija yra visiškai teisinga, ir suprantu, kad, pablogėjus sveikatos būklei, turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

(parašas)

(vardas, pavardė)