



PROFILAKTIKA

DARBO MEDICINOS
KLINIKA

(data, date)

PATVIRTINIMAS / CONFIRMATION

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

I confirm that my driver's health certificate has not been canceled in any other medical institution.

(Paciento vardas, pavardė / Name and surname)

SUTIKIMAS DĖL INFORMACIJOS TEIKIMO / CONSENT TO PROVISION OF INFORMATION

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

I agree that personal health care institutions provide all information about me to UAB "Profilaktika"

Vardas, Pavardė / Name and surname _____

Asmens kodas / Personal code
(gimimo data / date of birth) _____

Adresas / Address _____

Telefonas / Phone number _____

Parašas / Signature _____



PROFILAKTIKA

DARBO MEDICINOS
KLINIKA

SUTIKIMAS DĖL INFORMACIJOS
APIE ASMENS SVEIKATOS BŪKLĘ SUTEIKIMO

CONSENT TO INFORMATION
ABOUT THE PROVISION OF PERSONAL HEALTH CONDITIONS

Aš / I

(vardas, pavardė, asmens kodas / name, surname, personal identification number)

(gyvenamoji vieta ir gydymo įstaiga, kurioje esate registruotas / place of residence and medical institution where you are registered)

sutinku, kad duomenys apie mano sveikatos būklę 027/a formoje, būtų suteikti UAB "Profilaktika".

I agree that data on my health needs in form 027/a will be provided by UAB "Profilaktika"

(data, date)

(parašas / signature)

Kraujo grupė / blood group

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

Kategorijos / Categories

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)
DRIVER'S DECLARATION OF HONOR (HEALTH EXAMINATION QUESTIONNAIRE)

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) Questions to which we ask you to answer (the appropriate answer "yes" or "no" is marked with an X in the table) when visiting a doctor for the purchase or renewal of a driver's license (reasonable driving)	TAIP YES	NE NO
A.	Ar sergate kokia nors liga arba gal turite kokią negalią ar kitų medicininių nusiskundimų, galinčių paveikti Jūsų gebėjimą vairuoti motorinę transporto priemonę? Do you have any illness or disability or other medical condition that may affect your ability to drive a motor vehicle?		
1.	Ar turite regėjimo sutrikimų, tokių kaip: 1.1. pablogėjęs matymas Do you have visual impairments such as: 1.1. impaired vision		
	1.2. nevalingi akių judesiai 1.2. involuntary eye movements		
	1.3. regėjimo lauko defektai (pvz., ribotas matymas į šonus) 1.3. visual field defects (e.g. limited side vision)		
	1.4. dvigubinimasis (dvejnimasis) 1.4. doubling (doubling)		
	1.5. akivaizdus matymo pablogėjimas prieblandoje ar tamsoje (vištakumas). (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti) 1.5. obvious deterioration of vision at dusk or in the dark (astigmatism). (If yes, underline the correct answer)		
	1.6. pablogėjęs akių judrumas 1.6. impaired eye motility		
	1.7. jautrumas akinimui 1.7. sensitivity to glare		
	1.8. pablogėjęs atstumo įvertinimas 1.8. impaired distance judgment		
	1.9. kiti sutrikimai (akių skausmai, staigus matymo sutrikimas, buvo / yra nustatytas padidėjęs akispūdis ar kt.) (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti arba įrašyti): 1.9. other disorders (eye pain, sudden visual impairment, increased intraocular pressure, etc.) (if yes, underline or write down the correct answer):		
2.	Ar Jums svaigo / svaigsta galva? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti) Are you dizzy/dizzy? (If yes, underline the correct answer)		
3.	Ar skundžiatės pablogėjusia klausa, ar sirgote ausų ligomis? Do you complain of impaired hearing or have you had ear diseases?		
4.	Ar yra galūnių judesių funkcijos sutrikimų arba gal sergate kokia nors su tuo susijusia liga? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti) Do you have limb movement disorders or any related disease? (If yes, underline the correct answer)		
5.	Ar sirgote / sergate širdies ir / ar širdies ir kraujagyslių ligomis: Have you had/are suffering from heart and/or cardiovascular diseases:		
	5.1. insultas (paralyžius) 5.1. stroke (paralysis)		
	5.2. širdies ritmo sutrikimai 5.2. heart rhythm disorders		
	5.3. širdies infarktas ar krūtinės angina (stenokardija) 5.3. heart attack or angina pectoris (angina)		
	5.4. širdies įgimta ar įgyta liga 5.4. congenital or acquired heart disease		
	5.5. kita širdies ar širdies ir kraujagyslių liga (reumatizmas ar kt.) 5.5. other heart or cardiovascular disease (rheumatism or other)		
6.	Ar sergate cukriniu diabetu? Do you have diabetes?		
7.	Ar turėjote galvos smegenų traumą? Have you had a brain injury?		
8.	Ar sirgote / sergate epilepsija? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti) Have you had/do you have epilepsy? (If yes, underline the correct answer)		
9.	Ar Jums būna / kada nors buvo ištikę ženklūs pusiausvyros sutrikimai? (Jei „taip“, tinkama atsakymą pabraukti) Do you have/have you ever had significant balance disorders? (If "yes", it is appropriate to underline the answer)		
10.	Ar alpote / alpstate arba turėjote / turite kitų sąmonės sutrikimų? (Jei „taip“, tinkama atsakymą pabraukti)		

	<u>Do you faint/pass out or have/have other disturbances of consciousness? (If "yes", it is appropriate to underline the answer)</u>		
11.	Ar skundžiatės / skundėtės anksčiau šlapinimosi sutrikimais, inkstų veiklos pablogėjimu? (Jei „taip“, tinkama atsakymą pabraukti) <u>Do you complain/complained about urination problems, kidney function before? deterioration? (If "yes", it is appropriate to underline the answer)</u>		
12.	Ar skundžiatės dėmesio, pastabumo, mąstymo arba atminties sutrikimais? (Jei „taip“, tinkama atsakymą pabraukti) <u>Do you complain of problems with attention, attention, thinking or memory? (If "yes", it is appropriate to underline the answer)</u>		
13.	Ar skundžiatės miego sutrikimais: 12.1. Ar būnate pavargęs ar mieguistas dieną? (Jei „taip“ tinkamą atsakymą pabraukti) <u>Do you complain of sleep disorders:</u> 12.1. <u>Are you tired or sleepy during the day? (If yes, underline the correct answer)</u>		
	12.2. Ar Jus ištinka nevalingi miego priepuoliai? <u>12.2. Do you have involuntary sleep attacks?</u>		
14.	Ar piktnaudžiaujate / piktnaudžiate 5 metų laikotarpiu alkoholiu, rūkalais, narkotikais arba vaistais?(Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti) <u>Do you abuse/have abused alcohol, tobacco, drugs or medicines during the last 5 years? (If "yes", underline the correct answer)</u>		
15.	Ar turite / turėjote 5 metų laikotarpiu kokių nors psichikos sutrikimų arba gal sirgote kokia nors psichikos liga, ar dėl to buvote gydomas (-a) psichiatro? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti) <u>Do you have/have you had any mental disorders in the last 5 years or maybe have you had any mental illness or been treated by a psychiatrist for it? (If yes, underline the correct answer)</u>		
B.	Klausimai apie gydymą, vaistų vartojimą ir kt. <u>Questions about treatment, medication use, etc.</u>		
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. <u>Have you been treated in hospital or seen a doctor before of the above reasons (A 1-15)? If "yes", underline the correct answer, indicate when and the name and address of the institution where you were treated.</u>		
17.	Ar šiuo metu vartojate gydytojo paskirtus vaistus (raminamuosius, migdomuosius, nuskausminamuosius ar kitus)? Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti, nurodyti, kokius vaistus: <u>Are you currently taking medication prescribed by your doctor (sedatives, hypnotics, pain relievers or others)? If "yes", underline the correct answer, indicate which drugs:</u>		
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: <u>Maybe you have been prescribed some medicines for any of the previously mentioned diseases (A 1-13) that must be taken regularly for a long time? If the answer is "yes", indicate which drugs:</u>		
19.	Ar anksčiau buvo tikrinta Jūsų sveikata, norint gauti vairuotojo pažymėjimą? Jei atsakymas „taip“, nurodyti kada: <u>Have you had your health checked before to get a driver's license? If the answer is yes, indicate when:</u>		
20.	Ar turite darbingumo apribojimų dėl ligos ar sveikatos problemos? <u>Do you have limitations in working capacity due to an illness or health problem?</u>		
21.	Ar manote, kad dabar esate visiškai sveikas (-a)? Jei atsakymas „ne“, įrašyti priežastis: <u>Do you think you are completely healthy now? If the answer is "no", enter the reasons:</u>		

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

I ensure that all the information I have provided is completely correct and I understand that in the event of a health condition, I must seek immediate medical attention.

(parašas; signature)

(vardas, pavardė; name, surname)

Klausimynas dėl obstrukcinės miego apnėjos / Obstructive sleep apnea questionnaire

(data, date)

1	Lytis / <u>Gender</u>	Vyras <input type="checkbox"/> Moteris <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
2	Amžius / <u>Age</u>	
3	Svoris / <u>Weight</u>	
4	Ūgis / <u>Height</u>	
5	Ar vairuodamas buvote užsnūdęs? / <u>Have you fallen asleep while driving?</u>	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don't know <input type="checkbox"/>
6	Ar buvote patekęs į rimtą autoįvykį (buvote sužeistas ar buvo sudaužyta transporto priemonė) dėl mieguistumo per pastaruosius 3 metus? <u>Have you been in a serious car accident (injured or wrecked) due to drowsiness in the past 3 years?</u>	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don't know <input type="checkbox"/>
7	Ar Jūs knarkiate beveik kiekvieną naktį? <u>Do you snore almost every night?</u>	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don't know <input type="checkbox"/>
8	Ar kas nors Jums yra sakęs, kad nustojate kvėpuoti miego metu? <u>Has anyone ever told you that you stop breathing during sleep?</u>	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don't know <input type="checkbox"/>
9	Ar atsibundate pailsėjęs po nakties miego? <u>Do you wake up refreshed after a night's sleep?</u>	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don't know <input type="checkbox"/>
10	Ar Jūsų kraujo spaudimas būna padidėjęs arba vartojate vaistus, skirtus kraujo spaudimui mažinti? <u>Do you have high blood pressure or are you taking medication to lower blood pressure?</u>	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don't know <input type="checkbox"/>

EPWORTH MIEGUISTUMO SKALĖ / EPWORTH SLEEPINESS SCALE

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 šiuo dienu 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:

Please complete the Epworth Sleepiness Scale to assess the likelihood that you will fall asleep or stay asleep in the situations listed in the table below, regardless of fatigue. The answers must describe your current lifestyle. If you haven't been in such situations recently, try to imagine how you would feel in them. In the score column of the table, write one of the numbers on the scale that is most appropriate for each situation:

0 – niekada nesnaudžiu / I never take a nap

1 – nedidelė galimybė užsnūsti / little chance of falling asleep

2 – vidutinė galimybė užsnūsti / average ability to doze off

3 – didelė galimybė užsnūsti / high chance of dozing off

Svarbu įvertinti situaciją kuo tiksliau / It is important to assess the situation as accurately as possible

Situacija / <u>The situation</u>	Balai/Scores
Sėdint ir skaitant / <u>Sitting and reading</u>	
Žiūrint televizorių / <u>While watching TV</u>	
Ramiai sėdint viešoje vietoje (pvz. teatre arba susirinkime) / <u>Sitting quietly in a public place (e.g. theater or meeting)</u>	
Valandą laiko be pertraukos keliaujant automobiliu keleivio vietoje / <u>He spends an hour without a break while traveling by car in the passenger seat</u>	
Atsigulus pailsėti pietų metu, kai leidžia aplinkybės / <u>Lying down to rest during lunch when circumstances permit</u>	
Sėdint ir su kuo nors kalbant / <u>Sitting and talking to someone</u>	
Ramiai sėdint, papietavus, negėrus alkoholinių gėrimų / <u>Sitting quietly, after having lunch, without drinking alcoholic beverages</u>	
Vairuojant automobilį, stabtelėjus kelioms minutėms spūsties metu / <u>When driving a car after stopping for a few minutes in traffic</u>	

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

I ensure that all the information I have provided is completely correct and I understand that in the event of a health condition, I must seek immediate medical attention.

(parašas; signature)

(vardas, pavardė; name, surname)