VAIRUOTOJO 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 ar 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 skausmas, 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 funkcijos sutrikimų arba gal sergate kokia nors su tuo susijusia liga? (Jei "taip", tinkamą atsakymą pabraukti)		
5.	Ar sirgote / sergate širdies ir / ar širdies 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”, tinkamą atsakymą pabraukti)		
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: 12.1. Ar būnate pavargęs ar mieguistas dieną? (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti)		
	12.2. Ar Jus ištinka nevalingi miego priepuoliai?		
14.	Ar piktnaudžiaujate / piktnaudžiavote 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 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 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, pablogėjus sveikatos būklei, turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

_____ _____

(parašas) (vardas, pavardė)

Patvirtinta
UAB Navimeda Direktorė Lina Januškevičienė
2024 m. kovo 20 d. įsakymas NV Nr. 20240320-1

PRAŠYMAS DĖL DUOMENŲ PATEIKIMO

2024 - ..... - .....
Kaunas

Prašome suteikti informaciją, ar klientas įrašytas į psichikos ligų ir priklausomybių ligų registrą.
Duomenys reikalingi vairuotojo pažymėjimui gauti.

Vardas, pavardė:
..... ;

Asmens kodas: ..... ;

Adresas, telefono numeris: ..... ;

Prašymą užpildė:
..... ;

PRIDEDAMA. Raštiško paciento sutikimo dėl šios informacijos suteikimo mūsų įstaigai kopija.

SUTIKIMAS
DĖL INFORMACIJOS APIE ASMENS ĮREGISTRAVIMĄ PSICHIKOS IR PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ REGISTRE SUTEIKIMO

Aš, _____,
(vardas, pavardė, asmens kodas)

_____,
(gyvenamoji vieta)

El. paštas: _____, Tel. _____,

registruotas: _____,
(gydymo įstaiga, kurioje asmuo prisirašęs)

Sutinku, kad duomenys apie mano **psichikos sveikatos ir priklausomybės ligas** būtų suteikti ir perduoti ..... psichikos sveikatos centrui, skenuoti el. paštu: .....

_____ _____
(vardas, pavardė, parašas) (data)

Prašymą užpildė: _____

Tel. +370....., el. p.....

UAB „Navimeda”
Kalvarijų g. 110 -15, LT-08211 Vilnius
Įmonės kodas 305241499

SUTIKIMAS
DĖL INFORMACIJOS APIE ASMENS SVEIKATOS BŪKLĘ SUTEIKIMO

Kaunas

Aš,_____, asmens kodas_____,
gimimo data _____ , adresas _____ ,
registruotas (-a) _____
_____ :
(sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje asmuo yra prisiregistravęs)

Sutinku, kad klinika UAB “Navimeda” (į.k. 305241499, adresas: Šiaurės pr. 77-2, LT-49218, Kaunas) iš gydymo įstaigos, kurioje esu prisiregistravęs (-usi) gautų ir tvarkytų duomenis apie mano sveikatos būklę (027/a forma).

Duomenys bus tvarkomi vairavimo ir/ar darbo medicininės pažymos gavimo tikslu ir bus tvarkomi ne ilgiau nei tai būtina nustatytam tikslui įgyvendinti.

Kontaktiniai duomenys bus tvarkomi tiesioginės rinkodaros tikslu, jei pateiksime sutikimą dėl tokio duomenų naudojimo.

Sutinku, kad mano kontaktiniai duomenys būtų naudojami paslaugų rinkodaros tikslu:

_____ _____
(Vardas, Pavardė, parašas) (Data)

Susipažinusio darbuotojo vardas, pavardė, parašas:

Vairuotojų sveikatos tikrinimo reikalavimų ir tvarkos aprašo priedas

KLAUSIMYNAS DĖL OBSTRUKCINĖS MIEGO APNĖJOS

_____

(pildymo data)

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

* Klausimynas dėl obstrukcinės miego apnėjos ir *Epworth* mieguistumo skalė turi būti atspausdinta ant vieno lapo iš abiejų pusių.

Prašome užpildyti *Epworth* mieguistumo skalę kitoje lapo pusėje *.

EPWORTH MIEGUISTUMO SKALĖ

Parašome 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

Situacija	**Balai**
Sėdint ir skaitant	
Žiūrint televizorių	
Ramiai sėdint viešoje vietoje (pvz., teatre ar susitikime)	
Valandą laiko be pertraukos keliaujant automobiliu keleivio vietoje	
Atsigulus pailsėti pietų metu, kai leidžia aplinkybės	
Sėdint ir su kuo nors kalbantis	
Ramiai sėdint, papietavus, negėrus alkoholinių gėrimų	
Vairuojant automobilį, stabletėjus 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)

Pastaba. Klausimynas įdedamas į Asmens sveikatos istoriją „F 025/a“