

**BIV 002 - AASPP ETAPINIO ATNAUJINIMO IR TEIKIMO PLANAS
4 PRIEDAS**

(paciento vardas ir pavardė, gimimo data)

(paciento atstovo pagal įstatymą ar pagal pavedimą vardas ir pavardė)

(adresas, elektroninio pašto adresas, telefonas)

EPIDEMIOLOGINĖ DEKLARACIJA

(data)

Pasirašydamas (-a) šį dokumentą, patvirtinu, kad:

14 dienų laikotarpyje užsienyje *nesilankiau* *lankiausi*.

Jei lankėtės užsienyje, nurodykite šalį _____.

14 dienų laikotarpiu iki apsilankymo ASPĮ kontakto su užsienyje keliavusiu asmeniu *neturėjau* *turėjau*.

14 dienų laikotarpiu iki apsilankymo ASPĮ kontakto su patvirtintu ar tikėtiniu (įtariamam) COVID-19 liga sergančiu asmeniu *neturėjau* *turėjau*.

Šiuo metu *nekarščiuoju* *karščiuoju* ir 14 dienų laikotarpiu iki apsilankymo ASPĮ *nekarščiau* *karščiau*.

Kūno temperatūros rodmenys _____ (**pildoma, jeigu pacientas karščiuoja/karščiavo**);

14 dienų laikotarpiu iki apsilankymo ASPĮ kvėpavimo sutrikimų (pvz. kosulys, dusulys, apsunkintas kvėpavimas, uoslės ar skonio sutrikimas ir pan.), nejučiau didelio nuovargio, apetito praradimo *neturėjau* *turėjau*.

14 dienų laikotarpiu iki apsilankymo ASPĮ kontakto su 2 ar daugiau karščiuojančių ir/arba turinčių kvėpavimo problemų asmenų (pvz. kosėjančių, dūstančių ir pan.) *neturėjau* *turėjau*.

Man žinoma ir išaiškinta atsakomybė už Lietuvos Respublikos civilinės saugos įstatymo bei Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo pažeidimus, taip pat kituose Lietuvos Respublikos teisės aktuose numatyta atsakomybė už kovos su epidemijomis ar užkrečiamosiomis ligomis taisyklių pažeidimus ir pažeidimais sukeltas pasekmes.

(parašas)

(paciento ar jo atstovo vardas ir pavardė)