2021. gada Noteikumi Nr.

Rīgā (prot. Nr. . §)

**Grozījumi Ministru kabineta** **2000. gada 26. septembra noteikumos Nr. 330**

**"Vakcinācijas noteikumi"**

Izdoti saskaņā ar

Epidemioloģiskās drošības likuma

30.panta pirmo, otro, trešo daļu

un 31.panta piekto daļu

Izdarīt Ministru kabineta 2000. gada 26. septembra noteikumos Nr. 330 "Vakcinācijas noteikumi" (Latvijas Vēstnesis, 2000, 341./343. nr.; 2001, 154. nr.; 2002, 3., 177. nr.; 2003, 167., 183. nr.; 2006, 87., 193. nr.; 2007, 93. nr.; 2008, 18., 92. nr.; 2009, 130., 145. nr.; 2010, 196. nr.; 2012, 32., 62. nr.; 2013, 149., 250. nr.; 2015, 20. nr.; 2016, 245. nr.; 2019, 58. nr.; 2020, 190., 203A. nr.) šādus grozījumus:

1. Svītrot 3.1. apakšpunktā vārdus "sezonālo gripu";

2. Izteikt 3.4. apakšpunktu šādā redakcijā:

"3.4. grūtnieces – pret garo klepu;"

3. Svītrot 3.1punktā vārdus "(izņemot vakcināciju pret sezonālo gripu)";

4. Izteikt 3.2punktu šādā redakcijā:

"3.2Slimību profilakses un kontroles centrs līdz katra gada 30. janvārim plāno šo noteikumu 44.1punktā minēto personu vakcināciju pret sezonālo gripu kārtējai gripas izplatības sezonai, novērtē šo personu pretgripas vakcinācijas norisi un vakcīnas atlikuma apjomu, lai nodrošinātu vienmērīgu sezonālās gripas vakcīnas izlietojumu 44.1punktā minēto personu vakcinācijai un novērstu nelietderīgus sezonālās gripas vakcīnas pārpalikumus."

5. Aizstāt 6. punktā skaitļus un vārdus "3. un 23.1punktā" ar skaitļiem un vārdiem "3., 23.1un 44.1punktā";

6. Aizstāt 14. punktā skaitļus un vārdus "3. un 23.1punktā" ar skaitļiem un vārdiem "3., 23.1un 44.1punktā";

7. Aizstāt 28. punktā vārdus "noformē atteikumu" ar skaitli un vārdiem "noformē šo noteikumu 9. pielikumā minēto atteikumu";

8. aizstāt 36. punktā vārdu "veselības" ar vārdu "Veselības";

9. Papildināt noteikumus ar IV.1nodaļu šādā redakcijā:

"**IV.1Valsts apmaksāta vakcinācija pret sezonālo gripu**

44.1Ārstniecības iestādes, kurām ir līgums ar Nacionālo veselības dienestu par pretgripas vakcinācijas veikšanu, sezonālās gripas izplatības laikā (no kārtējā gada 1. septembra līdz nākamā gada 1. maijam) veic personu, kas pieder šādām riska grupām, no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu vakcināciju pret sezonālo gripu atbilstoši pieejamajam pretgripas vakcīnu apjomam:

44.11. bērni vecumā no 6 līdz 23 mēnešiem (ieskaitot);

44.12. grūtnieces;

44.13. ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas, kuras, pildot darba pienākumus, ir tuvā kontaktā ar pacientiem;

44.14. ilgstošas sociālās aprūpes centru darbinieki, kuri, pildot darba pienākumus, ir tuvā kontaktā ar klientiem;

44.15. ilgstošas sociālās aprūpes centru klienti;

44.16. personas vecumā no 65 gadiem;

44.17. pieaugušie, kuri pieder pie šādām veselības riska grupām:

44.17.1. personas ar hroniskām plaušu slimībām;

44.17.2. personas ar hroniskām kardiovaskulārām slimībām neatkarīgi no to cēloņa;

44.17.3. personas ar hroniskām vielmaiņas slimībām;

44.17.4. personas ar hroniskām nieru slimībām;

44.17.5. personas ar imūndeficītu;

44.17.6. personas, kuras saņem imūnsupresīvu terapiju;

44.17.6.  personas ar psihiskām slimībām."

10. Papildināt noteikumus ar 67. un 68. punktu šādā redakcijā:

67. Vakcināciju pret garo klepu 14 gadus veciem bērniem un grūtniecēm uzsāk ar 2022. gada 1. janvāri."

68. Dzimumneitrālu vakcināciju pret cilvēka papilomas vīrusa infekciju 12 gadus veciem bērniem uzsāk ar 2022. gada 1. janvāri."

11. Svītrot 1. pielikuma 7. punktu;

12. Izteikt noteikumu 1. pielikuma 10. punktu šādā redakcijā:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| "10. | 12 gadi | Cilvēka papilomas vīrusa  infekcija | CPV1 un CPV2 vai  CPV1, CPV2 un CPV3 | Divas vai trīs devas atbilstoši  vakcīnas lietošanas instrukcijai" |

13. Izteikt noteikumu 1. pielikuma 11. punktu šādā redakcijā:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| "11. | 14 gadi | Difterija,  stinguma krampji, garais klepus | Tdap 6 | Lieto kombinēto vakcīnu pret difteriju, stinguma krampjiem un garo  klepu" |

14. Izteikt noteikumu 2. pielikumu šādā redakcijā:

"2. pielikums

Ministru kabineta

2000. gada 26. septembra

noteikumiem Nr. 330

**Pieaugušo vakcinācijas kalendārs pret difteriju un stingumkrampjiem**

1. Pieaugušo balstvakcinācija\* pret difteriju un stingumkrampjiem

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intervāls pēc iepriekšējas vakcinācijas pret difteriju un stingumkrampjiem** | **Indikācijas vakcinācijai** | **Vakcīna** |
| 10 gadi pēc pilna plānveida vakcinācijas kursa pabeigšanas\*\* | Balstvakcinācija | Td\*\*\*  (viena deva) |
| Turpmāk ik 10 gadus | Balstvakcinācija | Td  (viena deva) |

2. To pieaugušo balstvakcinācija pret difteriju un stingumkrampjiem, kuriem ir nokavēts balstvakcinācijas termiņš

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Laika periods pēc pēdējās balstvakcinācijas** | **Indikācijas vakcinācijai** | **Vakcīna** |
| Ilgāk par 10 gadiem | Balstvakcinācija | Td  (viena deva) |
| Turpmāk ik 10 gadus | Balstvakcinācija | Td  (viena deva) |

3. To pieaugušo pamatvakcinācija pret difteriju un stingumkrampjiem, kuri iepriekš nav vakcinēti pret difteriju un stingumkrampjiem

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deva** | | **Intervāls starp vakcinācijām** |
| Pamatvakcinācija | 1. deva (Td) | Pirmajā ārstniecības personu apmeklējuma reizē |
| 2. deva (Td) | 1-1,5 mēnešus pēc pirmās devas ievadīšanas |
| 3. deva (Td) | 6-12 mēnešus pēc otrās devas ievadīšanas |
| Pirmā balstvakcinācija | | 5 gadus pēc pamatvakcinācijas |
| Otrā un nākamās balstvakcinācijas (Td) | | Skatīt 2. pielikuma 1. punktu |

Piezīmes.

1. \* Balstvakcinācija – atkārtota vakcīnas ievadīšana, lai, stimulējot imunoloģiskās atmiņas mehānismu, palielinātu specifisko antivielu līmeni.

2. \*\* Pilns plānveida vakcinācijas kurss – ir saņemtas visas difterijas un stingumkrampju vakcīnu devas atbilstoši bērnu vakcinācijas kalendāram.

3. \*\*\* Td – difterijas un stingumkrampju toksoīds ar samazinātu difterijas toksoīda daudzumu."

15. Izteikt 3. pielikuma 3.A. punkta 10. un 11. rindu šādā redakcijā:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| "6. deva | Kopā | 10 |  |  |  | X | X |
| t.sk. 14 gadi | 11 |  |  |  | X | X" |

16. Izteikt 3. pielikuma 7A. punktu šādā redakcijā:

"**7.A. Vakcinācija pret cilvēka papilomas vīrusa infekciju**"

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vakcinācija | Rindas numurs | Vakcinēto meiteņu skaits | | Vakcinēto zēnu skaits | |
| kopā | t. sk. 12 gadu vecumā | kopā | t. sk. 12 gadu vecumā |
| A | B | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 1. deva | 1 |  |  |  |  |
| 2. deva | 2 |  |  |  |  |
| 3. deva\* | 3 |  | X |  | X |
| Kopā | 4 |  |  |  |  |
| Piezīme.\* Atbilstoši vakcīnas lietošanas instrukcijai no 15 gadu vecuma ievada trīs vakcīnas devas. | | | | | |

17. Izteikt 3. pielikuma 12. punktu šādā redakcijā:

"**12.A. Vakcinācija pret sezonālo gripu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vakcinējamo grupa | Rindas numurs | Veikto vakcināciju skaits | Vakcinēto personu skaits |
| A | B | 01 | 02 |
| 6-23 mēnešus (ieskaitot) veci bērni | 1 |  | \* |
| Grūtnieces | 2 |  |  |
| Ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas | 3 |  |  |
| Ilgstošas sociālās aprūpes centra klienti | 4 |  |  |
| Ilgstošas sociālās aprūpes centra darbinieki | 5 |  |  |
| Personas vecumā no 65 gadiem | 6 |  |  |
| Pieaugušie, kuri pieder pie noteiktām veselības riska grupām | 7 |  |  |
| Kopā | 8 |  |  |

Piezīme. \* Pabeigts vakcinācijas kurss (1 vai 2 potes atkarībā no pacienta vecuma un vakcīnas).

**12.B. Vakcīnas atlikums un pasūtījums**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vakcīnas nosaukums | Rindas numurs | Atlikums (deva) | Pasūtījums (deva) |
| A | B | 01 | 02 |
| Vakcīna pret sezonālo gripu 6-23 mēnešus (ieskaitot) vecu bērnu vakcinācijai | 1 |  |  |
| Vakcīna pret sezonālo gripu grūtnieču vakcinācijai | 2 |  |  |
| Vakcīna pret sezonālo gripu ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu vakcinācijai | 3 |  |  |
| Vakcīna pret sezonālo gripu ilgstošas sociālās aprūpes centra klientu vakcinācijai | 4 |  |  |
| Vakcīna pret sezonālo gripu ilgstošas sociālās aprūpes centra darbinieku vakcinācijai | 5 |  |  |
| Vakcīna pret sezonālo gripu personu vecumā no 65 gadiem vakcinācijai | 6 |  |  |
| Vakcīna pret sezonālo gripu pieaugušo, kuri pieder pie noteiktām veselības riska grupām, vakcinācijai | 7 |  |  |
| Kopā | 8 |  | " |

18. Papildināt 3. pielikumu ar 14.A. un 14.B. punktu šādā redakcijā:

"**14.A. Grūtnieču vakcinācija pret garo klepu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vakcinējamo grupa | Rindas numurs | Vakcinēto peronu skaits |
| A | B | 01 |
| Grūtnieces | 1 |  |
| Kopā | 2 |  |

**14.B. Vakcīnas atlikums un pasūtījums**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vakcīnas nosaukums | Rindas numurs | Atlikums (devas) | Pasūtījums (devas) |
| A | B | 01 | 02 |
| Vakcīna pret garo klepu | 1 |  | " |

19. Papildināt noteikumus ar 9. pielikumu šādā redakcijā:

"9. pielikums

Ministru kabineta

2000. gada 26. septembra

noteikumiem Nr. 330

**Atteikums no vakcinācijas (bērnam)**

|  |  |
| --- | --- |
| Pacienta vārds, uzvārds (\*) | Pacienta dzimšanas datums (\*) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Likumīga pārstāvja vārds, uzvārds |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ārstniecības personas vārds, uzvārds (\*) | Ārstniecības iestādes adrese, tālruņa numurs (\*) |
|  |  |

Mana bērna ārsts, vizītes laikā izskaidroja, ka manam bērnam *(atzīmēt atbilstošo lodziņu)* jāsaņem sekojošās vakcīnas (\*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rekomendēts** | **Vakcīna pret** | **Atsakos** |
| ⃣ | **difteriju, stinguma krampjiem, garo klepu, poliomielītu, b tipa *Haemophilus influenzae* infekciju un B hepatītu** (DTaP-IPV-Hib-HB) | ⃣ |
| ⃣ | **difteriju, stinguma krampjiem, garo klepu, poliomielītu un b tipa *Haemophilus influenzae* infekciju** (DTaP-IPV-Hib) | ⃣ |
| ⃣ | **pneimokoku infekciju** (PCV) | ⃣ |
| ⃣ | **rotavīrusu infekciju** (RV) | ⃣ |
| ⃣ | **masalām, masaliņām un epidēmisko parotītu** (MPR) | ⃣ |
| ⃣ | **difteriju, stinguma krampjiem, garo klepu un poliomielītu** (DTaP-IPV) | ⃣ |
| ⃣ | **difteriju, stinguma krampjiem, garo klepu** (dTap) | ⃣ |
| ⃣ | **difteriju un stinguma krampjiem** (Td) | ⃣ |
| ⃣ | **cilvēka papilomas vīrusa infekciju** (CPV) | ⃣ |
| ⃣ | **vējbakām** (Varicella) | ⃣ |
| ⃣ | **trakumsērgu** ***Verorab*** | ⃣ |
| ⃣ | **B hepatītu** (HB) | ⃣ |
| ⃣ | **tuberkulozi** (BCG) | ⃣ |
| ⃣ | **sezonālo gripu** (Influenza) | ⃣ |
| ⃣ | **ērču encefalītu, ja bērna deklarētā dzīvesvieta ir ērču encefalīta endēmiskajā teritorijā.** | ⃣ |

Vizītes laikā ārstējošais ārsts sniedza informāciju par rekomendēto vakcīnu un vakcīnnovēršamām infekcijām un to profilaksi. Man bija iespēja uzdot visus sev interesējošos jautājumus par rekomendēto vakcīnu, uz kuriem ārstējošais ārsts sniedza atbildes. Gadījumā, ja radās papildus jautājumi, mani informēja par resursiem, kur iespējams iegūt papildus ārsta teiktajam uz pierādījumiem balstītu informāciju latviešu valodā. Nepieciešamības gadījumā man bija iespēja izlasīt šo informāciju, kā arī man bija iespēja to apspriest ar ārstu.

**Pieejamie resursi:** Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas mājas lapā (<https://www.bkus.lv/lv/content/vakcinnoversamas-infekcijas-un-profilakse-vakcinas>) un Eiropas Vakcinācijas informācijas portālā (<https://vaccination-info.eu/lv>).

Esmu informēts par:

⃣ Mērķi un nepieciešamību vakcinēties/vakcinēt bērnu ar rekomendēto vakcīnu/ām (\*)

⃣ Rekomendēto vakcīnu iespējamos riskus un priekšrocības (\*)

⃣ Ja mans bērns nesaņems rekomendēto vakcīnu ir iespējami sekojoši riski (\*):

* + Mans bērns var saslimt ar vakcīnas novēršamo slimību (slimības sekas var būt: vakcīnnovēršamas infekcijas slimības vidēja vai smaga gaita, hospitalizācija, agrīnas un vēlīnas infekcijas slimības radītās sekas un komplikācijas, infekcijas slimības radīta nāve);
  + Ar infekcijas slimību var inficēties kontaktā esošie cilvēki (ja skolā vai pirmskolas iestādē tika reģistrēts ar vakcīnas novēršamo slimību saistīts uzliesmojums, manam bērnam var tikt liegts apmeklēt skolu vai pirmskolas iestādi, kamēr pastāv inficēšanas risks)

⃣ Mana bērna ārsts, Slimību profilakses un kontroles centrs, Latvijas Republikas Veselības ministrija rekomendē vakcinēties ar augstākminētajām vakcīnām saskaņā ar LR apstiprināto vakcinācijas kalendāru imunizācijas valsts programmā. Neskatoties uz to, esmu nolēmusi/is atteikties no manam bērnam nepieciešamajām vakcīnām. Es saprotu, ka vakcinācijas rekomendāciju neievērošana var apdraudēt mana bērna veselību vai dzīvību, kā arī to personu veselību vai dzīvību, ar ko mans bērns iespējams kontaktēsies. (\*)

Neskatoties uz man sniegto un saprotamo informāciju, es atsakos no vakcinācijas, jo (norādīt apsvērumus/pamatojumu):

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pacienta/likumīga pārstāvja paraksts (\*) | Datums (\*) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ārstniecības personas paraksts (\*) | Datums (\*) |
|  |  |

Obligāti aizpildāmie lauki ir atzīmēti ar zvaigznīti (\*)

Lūdzam situācijā, ja pārdomāsiet un vēlēsieties vakcinēt bērnu, vērsties pie ģimenes ārsta ar lūgumu vakcinēt bērnu, un bērns pret minētajām infekcijas slimībām tiks imunizēts, ja vien bērna vecums nepārsniegs vakcīnas aprakstā minēto ierobežojošo vakcinācijas vecumu un nebūs indikāciju vakcinācijas atlikšanai.

14 gadu vecumu sasniedzis pacients ir tiesīgs patstāvīgi lemt par savu ārstniecību. No 14 gadu vecuma nepilngadīga pacienta imunizācija ir pieļaujama, ja saņemta pacienta piekrišana.

Atteikuma veidlapa derīga 12 mēnešus.

**Atteikums no vakcinācijas (pieaugušajam)**

|  |  |
| --- | --- |
| Pacienta vārds, uzvārds (\*) | Pacienta dzimšanas datums (\*) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Likumīga pārstāvja vārds, uzvārds |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ārstniecības personas vārds, uzvārds (\*) | Ārstniecības iestādes adrese, tālruņa numurs (\*) |
|  |  |

Mans ārsts, vizītes laikā izskaidroja, ka man *(atzīmēt atbilstošo lodziņu)* jāsaņem sekojošās vakcīnas (\*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rekomendēts** | **Vakcīna pret** | **Atsakos** |
| ⃣ | **difteriju un stinguma krampjiem** (Td) | ⃣ |
| ⃣ | S**ezonālo gripu** (Influenza) | ⃣ |
| ⃣ | **trakumsērgu *Verorab*** | ⃣ |

Vizītes laikā ārstējošais ārsts sniedza informāciju par rekomendēto vakcīnu un vakcīnnovēršamām infekcijām un to profilaksi. Man bija iespēja uzdot visus sev interesējošos jautājumus par rekomendēto vakcīnu, uz kuriem ārstējošais ārsts sniedza atbildes. Gadījumā, ja radās papildus jautājumi, mani informēja par resursiem, kur iespējams iegūt papildus ārsta teiktajam uz pierādījumiem balstītu informāciju latviešu valodā. Nepieciešamības gadījumā man bija iespēja izlasīt šo informāciju, kā arī man bija iespēja to apspriest ar ārstu.

**Pieejamie resursi:** Slimību profilakses un kontroles centra mājas lapā ievietotās rekomendācijas vakcinācijai pieaugušajiem un riska grupu indivīdiem Latvijā (2. versija, pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/metodiskie-materiali>) un Eiropas Vakcinācijas informācijas portālā (<https://vaccination-info.eu/lv>)

Esmu informēts par:

⃣ Mērķi un nepieciešamību vakcinēties ar rekomendēto vakcīnu/ām (\*)

⃣ Rekomendēto vakcīnu riskus un priekšrocības (\*)

⃣ Ja es nesaņemšu rekomendēto vakcīnu ir iespējami sekojoši riski (\*):

* + Es varu saslimt ar vakcīnas novēršamo slimību (slimības sekas var būt: vakcīnnovēršamas infekcijas slimības vidēja vai smaga gaita, hospitalizācija, agrīnas un vēlīnas infekcijas slimības radītās sekas un komplikācijas, infekcijas slimības radīta nāve);
  + Ar infekcijas slimību var inficēties kontaktā esošie cilvēki.

⃣ Mans ārsts, Slimību profilakses un kontroles centrs, Latvijas Republikas Veselības ministrija rekomendē vakcinēties ar augstākminētajām vakcīnām saskaņā ar LR apstiprināto vakcinācijas kalendāru imunizācijas valsts programmā. Neskatoties uz to, esmu nolēmusi/is atteikties no man nepieciešamajām vakcīnām. Es saprotu, ka vakcinācijas rekomendāciju neievērošana var apdraudēt manu veselību vai dzīvību, kā arī to personu veselību vai dzīvību ar ko es iespējams kontaktēšos. (\*)

Neskatoties uz man sniegto un saprotamo informāciju, es atsakos no vakcinācijas, jo (norādīt apsvērumus/pamatojumu):

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pacienta/likumīga pārstāvja paraksts (\*) | Datums (\*) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ārstniecības personas paraksts (\*) | Datums (\*) |
|  |  |

Obligāti aizpildāmie lauki ir atzīmēti ar zvaigznīti (\*)

Lūgums, ja pārdomāsiet un vēlēsieties veikt vakcināciju, vērsties pie ģimenes ārsta ar lūgumu vakcinēt. Imunizācija tiks veikta, ja vien vakcinācija būs indicēta konkrētajā periodā (vakcinācijas pret gripu gadījumā) un nebūs indikāciju vakcinācijas atlikšanai.

Atteikuma veidlapa derīga 12 mēnešus.

Ministru prezidents A. K. Kariņš

Veselības ministrs D. Pavļuts

Iesniedzējs: Veselības ministrs D. Pavļuts

Vīza: Valsts sekretāre I. Dreika