

## Лист осмотра пациента, подлежащего иммунизации от новой коронавирусной инфекции типа COVID-19.

**Ф.И.О.:** \_\_\_\_\_

**Пол:** мужской / женский. **Дата рождения:** \_\_\_\_\_, возраст \_\_\_\_\_ лет.

**Место работы:** \_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_

**Паспортные данные:** Паспорт РФ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г.  
кем \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

№ страхового полиса: \_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

**ПЦР на SARS-CoV-2** отрицательный / положительный от \_\_\_\_\_ г.

**Антитела IgG на SARS-CoV-2** \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

**Эпиданамнез:** Новой коронавирусной инфекцией типа COVID-19 ранее болел/ не болел.

Контакты с лицами, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция типа COVID-19 в течение последних двух недель были/ не были.

**Аллергоанамнез и реакции на предыдущие прививки:** \_\_\_\_\_

**Хронические заболевания:** \_\_\_\_\_

### **Объективный осмотр:**

Состояние \_\_\_\_\_. Сознание \_\_\_\_\_. Т тела \_\_\_\_ С. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски, иное: \_\_\_\_\_

Периферические лимфоузлы увеличены / не увеличены.

Зев чистый, нормальной окраски, миндалинных пробок, налета нет, иное: \_\_\_\_\_

ЧДД \_\_\_\_\_ в минуту. Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_%. Дыхание везикулярное, хрипов нет, иное: \_\_\_\_\_

Тоны сердца ясные, приглушены, ритм правильный/ неправильный. АД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

мм.рт.ст., ЧСС \_\_\_\_\_ в минуту.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Стул в норме.

Иное: \_\_\_\_\_

Дизурические явления отсутствуют. Иное: \_\_\_\_\_

### **Противопоказания к введению Компонента 1/ Компонента 2 вакцины против COVID-19**

не выявлены / выявлены: \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ г.

### **Показания к вакцинации:**

Профилактика новой коронавирусной инфекции (ГамКовидВак) у взрослых с 18 лет.

### **Противопоказания:**

- Гиперчувствительность к какому-либо компоненту вакцины или вакцины, содержащей аналогичные компоненты;

#### Компонент 1 содержит:

*Действующее вещество:* рекомбинантные аденовирусные частицы 26 серотипа, содержащие ген белка S вируса SARS-CoV-2.

*Вспомогательные вещества:* Трис(гидроксиэтил)аминометан – 1,21 мг, натрия хлорид 2,19мг, сахароза 25,0 мг, магния хлорида гексагидрат 102,0 мкг, ЭДТАдинатриевая соль дигидрат 19,0 мкг, полисорбат 80-250 мкг, этанол 95% - 2,5 мкл, вода для инъекций до 0,5мл.

**Компонент 2 содержит:**

**Действующее вещество:** рекомбинантные аденовирусные частицы 5 серотипа, содержащие ген белка S вируса SARS-CoV-2.

**Вспомогательные вещества:** Трис(гидроксиметил)аминометан – 1,21 мг, натрия хлорид 2,19мг, сахараза 25,0 мг, магния хлорида гексагидрат 102,0 мкг, ЭДТАдинатриевая соль дигидрат 19,0 мкг, полисорбат 80-250 мкг, этанол 95% - 2,5 мкл, вода для инъекций до 0,5мл.

- тяжелые аллергические реакции в анамнезе;
- острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний – вакцинацию проводят через 2-4 недели после выздоровления или ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых инфекционных заболеваниях ЖКТ – вакцинацию проводят после нормализации температуры;
- беременность и период грудного вскармливания;
- возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности).

**Противопоказания для введения Компонента 2:**

- тяжелые поствакцинальные осложнения (анафилактический шок, тяжелые генерализованные аллергические реакции, судорожный синдром, температура выше 40С и.т.д.) на введение Компонента 1 вакцины.

**С осторожностью:**

При хронических заболеваниях печени и почек, выраженных нарушениях функции эндокринной системы (сахарный диабет), тяжелых заболеваниях системы кроветворения, эпилепсии, инсультах и других заболеваниях ЦНС, заболеваниях сердечно-сосудистой системы (инфарктах миокарда в анамнезе, миокардитах, эндокардитах, перикардитах, ИБС), первичных и вторичных иммунодефицитах, аутоиммунных заболеваниях, заболеваниях легких, астме, ХОБЛ, у пациентов с диабетом и метаболическим синдромом, с аллергическими реакциями, атопией, экземой.

**С противопоказаниями ознакомлен** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Дата вакцинации** \_\_\_\_\_ **г.** **Время введения вакцины** \_\_\_\_\_ **час** \_\_\_\_\_ **мин.**

**Компонент 1 Гам-КОВИД-Вак 0,5мл внутримышечно**

**Компонент 2 Гам-КОВИД-Вак 0,5мл внутримышечно**

**М/с прививочного кабинета** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Осмотр врача через 30 минут после вакцинации:**

Жалобы: \_\_\_\_\_

Состояние \_\_\_\_\_. Сознание \_\_\_\_\_. Т тела \_\_\_\_\_. С. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски, иное: \_\_\_\_\_

Периферические лимфоузлы увеличены / не увеличены.

Зев чистый, нормальной окраски, миндаляных пробок, налета нет, иное: \_\_\_\_\_

ЧДД \_\_\_\_\_ в минуту. Sat O2 \_\_\_\_%. Дыхание везикулярное, хрипов нет, иное: \_\_\_\_\_

Тоны сердца ясные, приглушены, ритм правильный/ неправильный. АД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ мм.рт.ст., ЧСС \_\_\_\_\_ в минуту.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Стул в норме.

Иное: \_\_\_\_\_

Дизурические явления отсутствуют. Иное: \_\_\_\_\_

**Нежелательные реакции на введение Компонента 1/ Компонента 2 вакцины против COVID-19**

не выявлены / выявлены: \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации \_\_\_\_\_, или отказ от нее.

(наименование вакцины)

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая вакцинация – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у взрослых.

Вакцина получена биотехнологическим путем, при котором не используется патогенный для человека вирус

SARS-CoV-2. Препарат состоит из двух компонентов: компонент I и компонент II.;

б) о необходимости проведения профилактической вакцинации, 2 этапах вакцинации и противопоказаниях к ее проведению;

в) возможных поствакцинальных осложнениях (общих: непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся озноб, повышением температуры тела, артралгией, миалгией, астенией, общим недомоганием, головной болью и местных: болезненность в месте инъекции, гиперемия, отечность), которые могут развиваться в первые-вторые сутки после вакцинации и разрешаются в течение 3-х последующих дней;

г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации (а при необходимости – медицинского обследования);

д) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической вакцинации Гам-КОВИД-Вак комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак, Комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

(добровольно соглашаюсь (отказываюсь) от проведения вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2).

Дата \_\_\_\_\_

(подпись)

Врач \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата \_\_\_\_\_

## АНКЕТА ПАЦИЕНТА

ФИО		
Дата рождения		
	ДА	НЕТ
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?		
Болели ли Вы COVID-19? (если да, то когда)		
<b><u>Для женщин</u></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кормите ли Вы в настоящее время грудью?</li> </ul>		
Последние 14 дней отмечались ли у Вас:		
-Повышение температуры		
-Боль в горле		
-Потеря обоняния		
-Насморк		
-Потеря вкуса		
-Кашель		
-Затруднение дыхания		
Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка Если «да», указать дату _____		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания Указать какие _____		
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней:		
Принимаете ли Вы преднизолон?		
Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты?		
Принимаете ли Вы противовирусные препараты?		
Проводилась ли Вам лучевая терапия в течении последнего года?		
Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_