

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)		
<u>Для женщин</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Кормите ли Вы в настоящее время грудью? 		
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 _____