|  |
| --- |
| Добровольное информированное согласие пациентана вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от нее (лицевая сторона) |

 Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения

 (ФИО вакцинируемого

 или законного представителя)

 Зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес места жительства гражданина либо

 законного представителя)

Номер телефона для связи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что проинформирован врачом:

 - о смысле и цели вакцинации;

 - на момент вакцинации я не предъявляю никаких острых жалоб на

состояние здоровья (температура тела нормальная, отсутствуют жалобы на

боль, озноб, сильную слабость, нет иных выраженных жалоб, которые могут

свидетельствовать об острых заболеваниях или обострении хронических);

 - я понимаю, что вакцинация - это введение в организм человека

иммунобиологического лекарственного препарата для создания специфической

невосприимчивости к инфекционным заболеваниям;

 - мне ясно, что после вакцинации возможны реакции на прививку, которые

могут быть местными (покраснения, уплотнения, боль, зуд в месте инъекции и

другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие);

крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок,

аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций

значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов

заболевания, для предупреждения которого проводится вакцинация;

 - о всех имеющихся противопоказаниях к вакцинации;

 - я поставил (поставила) в известность медицинского работника о ранее

выполненных вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том

числе о любых формах аллергических проявлений, обо всех перенесенных мною и

известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, о наличии

реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня. Сообщила

(для женщин) об отсутствии факта беременности или кормления грудью.

 Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы

получил(а) исчерпывающие ответы.

 Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической

прививки против новой коронавирусной инфекции, возможных прививочных

реакциях, последствиях отказа от нее, подтверждаю, что мне понятен смысл

всех терминов и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_ 2021 года

 (подпись пациента)

добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_ 2021 года

 (подпись пациента)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением

прививок и дал ответы на все вопросы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач |   |   |   |
|   | (фамилия, имя, отчество) |   | (подпись) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Анкета пациента (оборотная сторона) |   | Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19 |
| Информация о персональных данных пациента указана на лицевой стороне |   |   |
|   | НЕТ | ДА |   | 1. | Дата осмотра |   |
| Болеете ли Вы сейчас? |   |   | 2. | Температура тела |   |
| Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней? |   |   | 3. | Общее состояние | (Не) удовлетворительное |
| 4. | ЧДД, ЧСС, АД, Сатурация |   |   |   |   |
| 5. | Сердце (нужное подчеркнуть) | Тоны: ясные, приглушены, глухие.Ритм: правильный, аритмичный |
| Болели ли Вы COVID-19 (если да, то когда) |   |   |
| Последние 14 дней отмечались ли у Вас: |   |   | 6. | Легкие (нужное подчеркнуть) | Дыхание везикулярное, жесткое Хрипы: нет (сухие, рассеянные, влажные, крепитирующие) |
| - Повышение температуры |   |   |
| - Боль в горле |   |   |
| 7. | Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть) | Да, нет |
| - Потеря обоняния |   |   |
| - Насморк |   |   |
| 8. | Болел COVID-19? (нужное подчеркнуть) | Да, нет |
| - Потеря вкуса |   |   | 9. | Прививка от гриппа?/Пневмококка?(нужное подчеркнуть)Реакция на предыдущие вакцины (описать) | Да, нет |
| - Кашель |   |   |
| - Затруднение дыхания |   |   |
| Делали ли Вы прививку от гриппа/пневмококка или другие прививки?Если "да", указать дату \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |   |   | 10. | Аллергические реакции (нужное подчеркнуть) | НетДа (описать какие) |
| 11. | Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):- бронхолегочной системы- сердечно-сосудистой системы- эндокринной системы- онкологические заболевания- болезнь, вызванная ВИЧ- туберкулез |   |
| Были ли у Вас аллергические реакции? |   |   |
| Есть ли у Вас хронические заболевания?Указать какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сокращенно, например:ГБ - гипертоническая болезньСД - сахарный диабетИБС - ишемическая болезнь сердца |   |   |
| 12. | Иные |   |
| 13. | Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизацииПрепаратЛекарственная формаДозировкаСуточная дозаПродолжительность приема (в днях) |   |
| Для женщин |   |   |
| Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время? |   |   |
| Кормите ли Вы в настоящее время грудью? |   |   |
| 14. | Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты? | Да, нет |
|   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |   |   | Заключение: |  Противопоказаний для проведения вакцинации от COVID-19 на момент осмотра не выявлено (выявлено) |
|   |   |   |
| Подпись пациента: |   | Врач |   |   |   |
|   |   | ФИО |   | подпись |