|  |
| --- |
| Добровольное информированное согласие пациента  на 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) | Нет  Да (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 болезнь  СД - сахарный диабет  ИБС - ишемическая болезнь сердца |  |  |
| 12. | Иные |  | | | |
| 13. | Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации  Препарат  Лекарственная форма  Дозировка  Суточная доза  Продолжительность 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 |