

Добровольное информированное согласие пациента
на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от неё (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 предыдущие введения вакцины 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 неё, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и

добровольно соглашаюсь на проведение прививки _____ " _____ 2021 года

(полный пациент)

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____ " _____ 2021 года

(полный пациент)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением прививок и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ (подпись)
(фамилия, имя, отчество)

Паспорт:
Полис:
СНИЛС:

Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19

Анкета пациента (оборотная сторона)

Информация о персональных данных пациента указана на лицевой стороне

	НЕТ	ДА
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)		
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/пневмококка или другие прививки?		
Если «да» указать дату / /		
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 Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		

1. Дата осмотра		
2. Температура тела		(Не) удовлетворительное
3. Общее состояние		
4. ЧДД, ЧСС, АД, Сатурация		
5. Сердце (нужное подчеркнуть)		Тоны: ясные, приглушены, глухие. Ритм: правильный, аритмичный
6. Легкие (нужное подчеркнуть)		Дыхание: везикулярное, жесткое Хрипы: нет (сухие рассеянные, влажные, крепитирующие)
7. Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть)		Да, нет
8. Болезнь COVID-19? (нужное подчеркнуть)		Да, нет
9. Прививка от гриппа? Пневмококка? Реакция на предыдущие вакцины (описать)		Да, нет
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		
12. Иные		
13. Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации Препарат _____ Лекарственная форма _____ Дозировка _____ Суточная доза _____ Продолжительность приема (в днях) _____		
14. Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты?		Да, нет

Заключение: Противопоказаний для проведения вакцинации от COVID-19 на момент осмотра не выявлено (выявлено)

Врач _____

ФИО _____

подпись _____