

**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: _____

Являясь законным представителем _____
статус (родитель, усыновитель, опекун, попечитель, иное)

несовершеннолетнего _____ года рождения
(ФИО несовершеннолетнего)

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 _____ " ____ " _____ 2022 года
(подпись
пациента или законного представителя)

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____ " ____ " _____ 2022 года
(подпись
пациента или законного представителя)

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)

Информация о персональных данных пациента
указана на лицевой стороне.

ФИО вакцинируемого		
Год рождения		
	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		

Дата _____

Подпись пациента: _____