**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение вакцинации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, или отказ от нее.**

 **(наименование вакцины)**

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 ознобом, 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 - медицинское обследование);

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

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

 (фамилия, имя, отчество)

(добровольно соглашаюсь (отказываюсь) от проведения вакцинации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

 - **УКАЗАТЬ НАЗВАНИЕ ВАКЦИНЫ**

Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Дата осмотра |  |
| 2. | ФИО пациента полностью |  |
|  | Дата рождения |  |
| 3. | Температура тела |  |
| 4. | Общее состояние | (Не) удовлетворительное |
| 5, | Легкие (нужное подчеркнуть) | Дыхание везикулярное, жесткое Хрипы: нет (сухие рассеянные, влажные, крепитирующие) |
| 6. | ЧДД |  |
| 7. | Сатурация |  |
| 8. | Сердце (нужное подчеркнуть) | Тоны: ясные, приглушены, глухие. Ритм: правильный, аритмичный |
| 9. | ЧСС, АД |  |
| 10. | Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть) | Да, нет |
| 11. | Болел COVID-19? (нужное подчеркнуть) | Да, нет |
| 12. | Прививка от гриппа? /Пневмококка?(нужное подчеркнуть) Реакция на предыдущие вакцины (описать) | Да, нет |
| 13. | Аллергические реакции (нужное подчеркнуть) | НетДа (описать какие) |
| 14. | Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):Хронические заболевания бронхолегочной системы |  |
| 15. | Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы |  |
| 16. | Хронические заболевания эндокринной системы |  |
| 17. | Онкологические заболевания |  |
| 18. | Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека | Да, нет |
| 19. | Туберкулез | Да, нет |
| 20. | Иные |  |
| 21. | Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации ПрепаратЛекарственная форма Дозировка Суточная дозаПродолжительность приема (в днях) |  |

Заключение:

 Противопоказаний для проведения вакцинации от COVID-19 на момент осмотра

 не выявлено (выявлено)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО подпись

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ДА | НЕТ |
| ФИО |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| 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) |  |  |
| **Для женщин** |  |  |
| **Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?** |  |  |
| **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 пневмококкаЕсли «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 течение последнего года? |  |  |
| Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом? |  |  |
| Паспортные данные |  |  |
| Медицинский полисСНИЛСНОМЕР ТЕЛЕФОНА: |  |  |

Анкета пациента

Дата Подпись