

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

на проведение вакцинации вакциной **ГАМ-КОВИД-ВАК** компонент \_\_\_\_\_

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения,

зарегистрированный по

адресу: \_\_\_\_\_

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) о 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 (апри 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 вакцинации Гам-КОВИД-Вак, 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 Гам-КОВИД-Вак, Комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

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

Дата \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_ (подпись)

**Анкета пациента**

ФИО		
Дата рождения	ДА	НЕТ
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?		
Анализ на антитела и мазок ПЦР сдавать отказываюсь _____ (подпись)		
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 или пневмококка Если «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?		
Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		
Для женщин:		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		

*Памятку пациента о проведении вакцинации против COVID-19 получил*

**Дата**

**Подпись**