**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года |
|  |  (подпись) |  |
| Добровольно **отказываюсь** от проведения прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года |
|  |  (подпись) |  |

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) | НетДа (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 болезньСД - сахарный диабетИБС - ишемическая болезнь сердца |  |  |
| 12. | Иные |  |
| 13. | Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизацииПрепаратЛекарственная формаДозировкаСуточная дозаПродолжительность 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 врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |