|  |
| --- |
| **Добровольное информированное согласие пациента**  **на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции** |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 года

(подпись пациента)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением

прививок и дал ответы на все вопросы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач |  |  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |  | (подпись) |

**Анкета пациента**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 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? |  |  |
| Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом? |  |  |

Дата

Подпись