

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от нее (лицевая сторона)

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)
« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) 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, кормлению 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 _____ « ____ » _____ 20__ г.
(подпись пациента) (дата)

Добровольно **ОТКАЗЫВАЮСЬ** на проведение прививки _____ « ____ » _____ 20__ г.
(подпись пациента) (дата)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением прививок и дал ответы на все вопросы.

Врач (фельдшер) _____ « ____ » _____ 20__ г.
(подпись врача) (дата)

ОСМОТР ВРАЧА ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ ОТ COVID-19 (этап 2, 2 вакцина, v2)

| | | |
|----|---|---|
| 1 | Дата осмотра | |
| 2 | ФИО пациента полностью | |
| | Дата рождения | |
| 3 | Температура тела | |
| 4 | ЧДД | |
| 5 | ЧСС | |
| 6 | АД | |
| 7 | Сатурация | |
| 8 | Болел COVID-19 (нужное подчеркнуть) | ДА / НЕТ |
| 9 | Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть) | ДА / НЕТ |
| 10 | Контактировал с COVID-19 (нужное подчеркнуть) | ДА / НЕТ |
| 11 | Общее состояние | Удовлетворительное / НЕ Удовлетворительное |
| 12 | Легкие (нужное подчеркнуть) | Дыхание везикулярное, жесткое Хрипы: нет (сухие, рассеянные, влажные, крепитирующие) |
| 13 | Сердце (нужное подчеркнуть) | Тоны: ясные, приглушенные, глухие. Ритм: правильный, аритмичный |
| 14 | Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации | |
| | Препарат | Лекарственная форма |
| | | дозировка |
| | | Суточная доза |
| | | Продолжительность приема (в днях) |
| | | |
| | | |

Заключение:

Противопоказаний для проведения вакцинации от COVID-19 на момент осмотра не выявлено (выявлено).

Абсолютные противопоказания

Относительные противопоказания

Отсутствуют

Врач (фельдшер) ФИО _____

Подпись _____