

**Добровольное информированное согласие пациента
на вакцинацию против новой корона вирусной инфекции
или отказ от нее (лицевая сторона)**

Я, нижеподписавшийся(-ая) _____

(ФИО вакцинируемого или законного представителя, дата рождения)

Зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина)

Номер телефона для связи: _____

Паспорт (серия, номер, дата выдачи) _____

Номер полиса _____

Номер СНИЛС _____

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 общим (повышение температуры, недомогание, озноб и другие); крайне редко могут наблюдаться поствакционные 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;

- поставил (поставила) в известность медицинского работника о⁴ ранее выполненных вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о 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 неё, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки _____
(подпись пациента)

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____
(подпись пациента)

(далее заполняется врачом)

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

Врач _____

Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, и статьи 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 № 5487-1, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с передачей во внутренней (локальной) вычислительной сети, с передачей по защищенной сети передачи данных МБУЗ «Городская поликлиника № 2», расположенной по адресу: Ростовская область, г. Таганрог, ул. Греческая, 104.

Включающих ФИО, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, реквизиты СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медикопрофилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в т.ч. специальные категории персональных данных. В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать указанные выше персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с указанными выше персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок хранения указанных выше персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача указанных выше персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия за исключением случаев, предусмотренных Федеральными законами.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(число, месяц, год)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть написан мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Субъект персональных данных: пациент/представитель пациента

<small>дата</small>	<small>личная подпись</small>	<small>расшифровка подписи</small>
---------------------	-------------------------------	------------------------------------

(далее заполняется Оператором)

Данное согласие принято:

<small>дата</small>	<small>личная подпись</small>	<small>расшифровка подписи</small>
---------------------	-------------------------------	------------------------------------

Анкета пациента (оборотная сторона)

Информация о персональных данных пациента указана на лицевой стороне.

Обведенное жирной чертой заполняет пациент!

	НЕТ	ДА
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?		
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/пневмококка или другие прививки? Если «да», указать дату ___/___/_____		
Были ли у Вас аллергические реакции? Есть ли у Вас хронические заболевания Указать какие _____		
Сокращенно, например: ГБ - гипертоническая болезнь СД - сахарный диабет ИБС - ишемическая болезнь сердца		
Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		
Дата _____ Подпись пациента _____		

Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19

1	Дата осмотра	
2	Температура тела	
3	Общее состояние	(Не) удовлетворительное
4	ЧДЦ, ЧСС, АД, Сатурация	
5	Сердце (нужное подчеркнуть)	Тоны: ясные/приглушены/глухие. Ритм: правильный/аритмичный
6	Легкие (нужное подчеркнуть) Осмотр зева	Дыхание везикулярное / жесткое. Хрипы: нет / да (сухие рассеянные, влажные, крепитирующие) Не гиперемирован/гиперемирован
7	Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть)	Да, нет
8	Болел COVID-19? (нужное подчеркнуть), дата	Да, нет ___/___/_____
9	Прививка от гриппа? Пневмококка? (нужное подчеркнуть). Реакция на предыдущие вакцины	Да (_____), нет
10	Аллергические реакции (нужное подчеркнуть)	Да (_____), нет
11	Наличие сопутствующих заболеваний (диагноз): - бронхолегочной системы - сердечно-сосудистой системы - эндокринной системы - онкологические заболевания - болезнь, вызванная ВИЧ - туберкулез	
12	Иные	
13	Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации. Препарат, Лекарственная форма, Дозировка, Суточная доза, Продолжительность приема (дни)	
14	Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты?	Да, нет

Заключение: противопоказаний для проведения вакцинации от COVID-19 на момент осмотра⁵ не выявлено (выявлено).

Врач (фельдшер) _____ Ф. И. О. _____ (подпись)

Осмотрен(а) через 30 минут после вакцинации. Осложнений и патологических реакций нет.

Врач (фельдшер) _____ Ф. И. О. _____ (подпись)