

**Добровольное информированное согласие пациента
на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от неё (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 неё, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки _____ " _____ " _____ 2021 года
(подпись пациента)

добровольно отказываюсь от проведения 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 (оборотная сторона)

Информация о персональных данных пациента указана на лицевой стороне

	НЕТ	ДА
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)		
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.	ЧДД, ЧСС, АД, Сатурация	
5.	Сердце (нужное подчеркнуть)	Тоны: ясные, приглушены, глухие. Ритм: правильный, аритмичный
6.	Легкие (нужное подчеркнуть)	Дыхание везикулярное, жесткое Хрипы: нет (сухие рассеянные, влажные, крепитирующие)
7.	Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть)	Да, нет
8.	Болеет COVID-19? (нужное подчеркнуть)	Да, нет
9.	Прививка от гриппа? /Пневмококка? (нужное подчеркнуть) Реакция на предыдущие вакцины (описать)	Да, нет
10.	Аллергические реакции (нужное подчеркнуть)	Нет Да (описать какие)
11.	Наличие сопутствующих заболеваний (клинический 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 (в днях)	
14.	Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты?	Да, нет

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

Врач _____

ФИО

подпись

**Voluntary informed consent of the patient
to vaccinate against a new coronavirus infection or refuse it (front side)**

I am the undersigned _____ year of birth

(Name of the vaccinated person or legal representative)

Registered at: _____

(address of the place of residence of a citizen or legal representative)

Contact phone number: _____

I hereby confirm that I have been informed by the doctor:

- about the meaning and purpose of vaccination:

- at the time of vaccination, I do not present any acute health complaints (body temperature is normal, there are no complaints of pain, chills, severe weakness, there are no other pronounced complaints that may indicate acute diseases or exacerbation of chronic diseases);

- I understand that vaccination is the introduction of an immunobiological drug into the human body to create a specific immunity to infectious diseases:

- it is clear to me that after vaccination reactions to the vaccine are possible, which can be local (redness, induration, pain, itching at the injection site, and others) and general (fever, malaise, chills and others): post-vaccine complications can rarely be observed (shock, allergic reactions and others), but the likelihood of such reactions is much lower than the likelihood of developing adverse outcomes of the disease, for the prevention of which vaccination is carried out;

- about all available contraindications to vaccination;

- I have informed (informed) the medical worker about the previously performed vaccinations, about all health problems, including about any forms of allergic manifestations, about all the diseases I have suffered and known to me, the medications taken, about the presence of reactions or complications for previous vaccine administrations with me. Informed (for women) about the absence of the fact of pregnancy or breastfeeding.

I had the opportunity to ask any questions and received comprehensive answers to all questions.

Having received full information about the need for preventive vaccination against a new coronavirus infection, possible vaccination reactions, the consequences of refusing it, I confirm that I understand the meaning of all the terms and:

I voluntarily agree to be vaccinated _____ Date: " ____ " _____ 2021

(patient signature)

I voluntarily refuse to be vaccinated _____ Date " ____ " _____ 2021

(patient signature)

I testify that I have clarified all the questions related to vaccinations and answered all questions.

Doctor _____

(surname, name, patronymic)

(signature)