

СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации _____ или отказ от нее

Я, нижеподписавшийся/шаяся, _____

наименование вакцины

Ф.И.О гражданина

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

адрес места жительства

настоящим подтверждаю то, что проинформирован/а врачом:

- о том, что профилактическая вакцинация – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой корона-вирусной инфекции (COVID) у взрослых. Вакцина получена биотехнологическим путем, при котором не используется патогенный для человека вирус SARS-CoV-2. Препарат состоит из двух компонентов: компонент I и компонент II;

-о необходимости проведения профилактической вакцинации, 2 этапах вакцинации и противопоказаниях к ее проведению;

-возможных поствакцинальных осложнениях (общих: непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, артралгией, миалгией, астенией, общих недомоганием, головной болью и местных: болезненность в месте инъекции, гиперемия, отечность), которые могут развиваться в впервые вторые сутки после вакцинации и разрешаются в течение 3-х последующих дней

-о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации

(о при необходимости – медицинское обследование);

- о выполнении предписаний медицинских работников

СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации _____ или отказ от нее

Я, нижеподписавшийся/шаяся, _____

наименование вакцины

Ф.И.О гражданина

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

адрес места жительства

настоящим подтверждаю то, что проинформирован/а врачом:

- о том, что профилактическая вакцинация – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой корона-вирусной инфекции (COVID) у взрослых. Вакцина получена биотехнологическим путем, при котором не используется патогенный для человека вирус SARS-CoV-2. Препарат состоит из двух компонентов: компонент I и компонент II;

-о необходимости проведения профилактической вакцинации, 2 этапах вакцинации и противопоказаниях к ее проведению;

-возможных поствакцинальных осложнениях (общих: непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, артралгией, миалгией, астенией, общих недомоганием, головной болью и местных: болезненность в месте инъекции, гиперемия, отечность), которые могут развиваться в первые-вторые сутки после вакцинации и разрешаются в течение 3-х последующих дней

-о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации

(о при необходимости – медицинское обследование);

- о выполнении предписаний медицинских работников

АНКЕТА
пациента перед вакцинацией против инфекции COVID-19

| | | |
|---|-------------------------|-----------|
| ФИО, дата рождения | | |
| Тип полиса Страховая организация | Медицинское страхование | |
| Номер полиса | СНИЛС | |
| Контактный телефон | | |
| | Паспортные данные | |
| Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ Кем выдан _____ | | |
| Адрес: ул. _____ | дом. _____ | кв. _____ |
| Сведения о наличии или отсутствии хронических заболеваний | | |
| Наименование поля | ДА | НЕТ |
| Болел COVID-19 | | |
| Контактировал с больными инфекц. заболеваниями в течение 2-х недель | | |
| Аллергическая реакция | | |
| Аллергическая реакция (поле комментариев) | | |
| Реакция на предыдущие вакцины | | |
| Реакция на предыдущие вакцины (поле комментариев) | | |
| Вакцина против гриппа | | |
| Вакцина против пневмококковой инфекции | | |

АНКЕТА
пациента перед вакцинацией против инфекции COVID-19

| | | |
|---|-------------------------|-----------|
| ФИО, дата рождения | | |
| Тип полиса Страховая организация | Медицинское страхование | |
| Номер полиса | СНИЛС | |
| Контактный телефон | | |
| | Паспортные данные | |
| Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ Кем выдан _____ | | |
| Адрес: ул. _____ | дом. _____ | кв. _____ |
| Сведения о наличии или отсутствии хронических заболеваний | | |
| Наименование поля | ДА | НЕТ |
| Болел COVID-19 | | |
| Контактировал с больными инфекц. заболеваниями в течение 2-х недель | | |
| Аллергическая реакция | | |
| Аллергическая реакция (поле комментариев) | | |
| Реакция на предыдущие вакцины | | |
| Реакция на предыдущие вакцины (поле комментариев) | | |
| Вакцина против гриппа | | |
| Вакцина против пневмококковой инфекции | | |

| Группа риска | |
|--|-------------------------------------|
| Не имеются хр.заболевания | Дата постановки на «Д» учет |
| Хр.заболевания бронхолегочной системы | Классы по МКБ-10/J00-J99 |
| Хр.заболевания сердечно-сосудистой системы | Классы по МКБ-10/J00-J99 |
| Хр.заболевания эндокринной системы | Классы по МКБ-10/E00-E90 |
| Онкологические заболевания | Классы по МКБ-10/C00-D48 |
| Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека | Классы по МКБ-10/B20-B-24 |
| Туберкулез | Классы по МКБ-10/A15-A19 |
| Иные | Все кроме вышеперечисленных классов |
| Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации | |
| Вид препарата (например «Антибиотики») | |
| Препарат ТН (МНН) препарата | |
| Лекарственная форма | |
| Дозировка | |
| Суточная доза | |
| Продолжительность приема (в днях) | |
| Информация об иммунизации | |
| Препарат вакцины | |
| Реакция сразу после введения | |
| Общие реакции | |
| Местные реакции (в месте введения вакцины) | |

Группа риска

| Не имеются хр.заболевания | Дата постановки на «Д» учет |
|--|-------------------------------------|
| Хр.заболевания бронхолегочной системы | Классы по МКБ-10/J00-J99 |
| Хр.заболевания сердечно-сосудистой системы | Классы по МКБ-10/J00-J99 |
| Хр.заболевания эндокринной системы | Классы по МКБ-10/E00-E90 |
| Онкологические заболевания | Классы по МКБ-10/C00-D48 |
| Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека | Классы по МКБ-10/B20-B-24 |
| Туберкулез | Классы по МКБ-10/A15-A19 |
| Иные | Все кроме вышеперечисленных классов |
| Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации | |
| Вид препарата (например «Антибиотики») | |
| Препарат ТН (МНН) препарата | |
| Лекарственная форма | |
| Дозировка | |
| Суточная доза | |
| Продолжительность приема (в днях) | |
| Информация об иммунизации | |
| Препарат вакцины | |
| Реакция сразу после введения | |
| Общие реакции | |
| Местные реакции (в месте введения вакцины) | |