

ФИО		
Дата рождения		
	ДА	НЕТ
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными 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 или пневмококка		
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		
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней _____		
Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		

Дата

Подпись

(оборотная сторона)

Номер полиса ОМС:

Кем выдан: _____

СНИЛС: - -

Паспорт серия: номер:

Кем выдан: _____

Дата выдачи: . . г. Код подразделения: -

Мобильный телефон: +7 () - -

Адрес проживания: _____ (регион) _____ (район)

_____ (населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)

Адрес регистрации: _____ (регион) _____ (район)

_____ (населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)

Уточнённые данные вакцинации	Название вакцины	Дата	Реакция на введение
Грипп			
Пневмококк			

Место работы (организация кратко, отделение и т.п.) _____

Должность _____

Добровольное информированное согласие

пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от неё

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 _____ " ____ " _____ 2021г.

_____ (подпись пациента)

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____ " ____ " _____ 2021г.

_____ (подпись пациента)

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

Врач _____

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)