

**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 _____

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

" _____ " _____ 2020 года. _____

(подпись пациента)

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

Врач _____

(фамилия, имя, отчество)(подпись)

Оборотная сторона добровольного информированного согласия

Анкета
(заполняется пациентом перед вакцинацией II компонентом
против новой коронавирусной инфекции)

ФИО _____

Ваш возраст _____ (полных лет)

№	Вопрос	Да	Нет
1	Проводились ли Вам профилактические прививки в течение последних 30 дней (помимо вакцинации компонентом I против новой коронавирусной инфекции)?		
2	Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на введение компонента I (анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°C и т.д.)?		
3	Имеются ли у Вас в настоящее время признаки простудного заболевания?		
4	Беременность		
5	Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания (если да, то указать какое в примечании, п.7)		
6	Принимали ли Вы в течение месяца следующие лекарственные препараты: глюкокортикостероиды, цитостатики, иммуносупрессоры, моноклональные антитела (если принимали, то указать какие в примечании, п.7)		
7	Примечание:		

Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете.

Дата _____ 202_ , подпись _____ / _____
(ФИО)