

Анкета пациента

		ДА	НЕТ
ФИО			
Дата рождения			
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)			
Для женщины	Вы беременны?		
	планируете забеременеть в ближайшее время?		
	Кормите ли Вы грудью?		
<b>Последние 14 дней отмечались ли у Вас:</b>			
• 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? Если «ДА» указать причину			
Есть ли у Вас хронические заболевания? Указать какие _____			

Дата

Подпись

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Полис \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

# ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации \_\_\_\_\_, или отказ от нее. (наименование вакцины)

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая вакцинация -это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой коронавирусной инфекции (COVID-19) 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.;

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

в) возможных поствакцинальных осложнениях (общих: непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, артралгией, миалгией, астенией, общим 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;

г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации (а при необходимости -медицинское обследование);

д) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак, Комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

добровольно соглашаюсь (отказываюсь)от проведения вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Дата \_\_\_\_\_ (подпись)

Врач \_\_\_\_\_