

Наименование пожелания	ДА	НЕТ
ФИО		
Дата рождения		
Болезнь ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными с инфекционным заболеванием в последние 14 дней?		
Болезнь ли Вы COVID 19? (если да, то когда)		
Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		
Последние 14 дней отмечались ли у Вас:		
- Повышение температуры		
- Боль в горле		
- Потеря обоняния		
- Насморк		
- Потеря вкуса		
- Камени		
- Затруднение дыхания		
Делали ли Вы прививку от гриппа или ин�люэнца		
Если "да", указать дату		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания		
Указать какие		
Какие лекарственные препараты Вы принимали последние 30 дней		
Принимали ли Вы преднизолон?		
Принимали ли Вы противовирусные препараты?		
Принимали ли Вы противогрибковые препараты?		
Проводились ли Вам лечебные процедуры в течение последнего года?		
Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		

Дата
Подпись

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации _____ или отказа от нее.
(полное наименование учреждения)

г. _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), гражданство)

_____ (подпись пациента)

настоящим подтверждаю то, что информирован(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 используются 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 неспецифических осложнениях (общих: непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризирующийся ознобом, повышением температуры тела, артериальной гипотензией, общим недомоганием, головной болью и местная: 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 - медицинского обследования);
д) о возможности задать любые вопросы и на все вопросы получить(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 побочных реакциях и поставившихся основаниях, я подтверждаю, что мне понятен смысл турбинном, и добровольно соглашусь на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак. Комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Я, нижеподписавшийся(ая) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), гражданство)
(добровольно соглашусь (отказываюсь) от проведения вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2).

Дата _____ (подпись)

Врач _____ (подпись)

Дата _____ (подпись)