

Анкета пациента

		ДА	НЕТ
ФИО			
Дата рождения			
Телефон (обязательно):			
Паспорт			
Полис			
СНИЛС (обязательно):			
Болеете ли Вы сейчас?			
Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?			
Болели 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			
- 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 _____			
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней _____			
Принимаете ли Вы преднизолон?			
Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты?			
Принимаете ли Вы противовирусные препараты?			
Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение последнего года?			
Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?			

Дата _____

Подпись _____

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 _____

(фамилия, имя, отчество) _____ (подпись) Дата _____