Добровольное информированное согласие

пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от неё

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО вакцинируемого, либо законного представителя)

дата рождения «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 2022 г

(подпись пациента)

добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 2022 г

(подпись пациента)

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

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

ПАСПОРТ СЕР\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

ПОЛИС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анкета пациента

Информация о персональных данных пациента указана на лицевой стороне

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | НЕТ | ДА |
| 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) |  |  |
| 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/пневмококка или другие прививки? |  |  |
| 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 |  |  |
| Для женщин |  |  |
| Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время? |  |  |
| Кормите ли Вы в настоящее время грудью? |  |  |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_