

Анкета пациента

ФИО-		
Дата рождения -	телефон-	
Адрес-		
Паспорт-		
Полис	СНИЛС	
	ДА	НЕТ
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 или пневмококка. Если "да", указать дату _____		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания. Указать какие _____		

Дата

Подпись

Заведующему детской поликлиникой
ФБУЗ «МСЧ № 52» ФМБА России
Безруковой Л.Н.

от (Ф.И.О.) _____

Дата рождения _____

Контактный телефон _____

Адрес _____

заявление.

Прошу привить несовершеннолетнего/меня (подчеркнуть нужное) Ф.И.О.

дата рождения _____, школа _____ класс _____

вакциной Гам-КОВИД-Вак -М (СПУТНИК М).

Дата _____

Подпись _____

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации _____ Гам-КОВИД-Вак-М _____, или отказ от нее.
(наименование вакцины)

1. Я, нижеподписавшийся(ая/ся) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или родителя (иного законного представителя)

"__" _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места жительства родителя / иного законного представителя)

паспорт _____ кем выдан _____

_____ дата выдачи _____

являясь представителем несовершеннолетнего _____

(степень родства, Ф.И.О. дата рождения)

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 детей.

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-М _____, 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-М _____, Комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Я, нижеподписавшийся(ая/ся) _____
(фамилия, имя, отчество)

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

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

Дата _____

_____ (подпись)

Врач _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата _____

**ПАМЯТКА
ПАЦИЕНТА О ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19
ВАКЦИНОЙ _Гам-КОВИД-Вак-М_____**

Уважаемый пациент!

Ваше крепкое здоровье - наша главная цель! А для того, чтобы полностью реализовать наш потенциал в достижении главной цели, мы просим Вас соблюдать некоторые (основные и важные) правила, которые помогут нам в нашей работе:

1. Вакцинации подлежат лица, не болевшие COVID-19 и не имеющие антител к SARS-CoV-2 по результатам лабораторных исследований.

2. Противопоказаниями к вакцинации являются:

- гиперчувствительность к какому-либо компоненту вакцины или вакцины, содержащей аналогичные компоненты;

- тяжелые аллергические реакции в анамнезе;

- острые инфекционные и неинфекционные заболевания;

- обострение хронических заболеваний (вакцинацию проводят через 2 - 4 недели после выздоровления или ремиссии);

- возраст до 12 лет.

3. Перед проведением вакцинации необходим обязательный осмотр врача с измерением температуры, сбором эпидемиологического анамнеза, измерением сатурации, осмотром зева, на основании которых врач-специалист определяет отсутствие или наличие противопоказаний к вакцинации.

Врач расскажет Вам о возможных реакциях на вакцинацию и поможет заполнить информированное добровольное согласие на проведение вакцинации.

4. Вакцинацию проводят в два этапа: вначале вводят компонент I в дозе 0,5 мл. Препарат вводят внутримышечно. На 21 день вводят компонент II в дозе 0,5 мл.

Препарат вводят внутримышечно.

5. В течение 30 мин после вакцинации просим Вас оставаться в медицинской организации для предупреждения возможных аллергических реакций.

6. После проведения вакцинации в первые - вторые сутки могут развиваться и разрешаются в течение трех последующих дней кратковременные общие (непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, артралгией, миалгией, астенией, общим недомоганием, головной болью) и местные (болезненность в месте инъекции, гиперемия, отечность) реакции.

Реже отмечаются тошнота, диспепсия, снижение аппетита, иногда - увеличение регионарных лимфоузлов. Возможно развитие аллергических реакций.

Рекомендуется в течение 3-х дней после вакцинации не мочить место инъекции, не посещать сауну, баню, избегать чрезмерных физических нагрузок.

Вакцина против COVID-19 не отменяет для привитого пациента необходимость носить маски и перчатки, а также соблюдать социальную дистанцию.