

Главному врачу поликлиники детской
С.Г.Калинину

от _____
(фамилия)

(имя)

(отчество)

Заявление.

Прошу вакцинировать моего ребенка _____
(ф.и.о)

(число, месяц, год рождения)

от новой коронавирусной инфекции 2х компонентной вакциной ГАМ КОВИД ВАК - М.

(дата)

(подпись)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО
ЦМСЧ/МСЧ/КБ/ИНСТИТУТ

Информированное добровольное согласие на вакцинацию

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - ?@O=>ABL.N, 3>4 рождения)

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакцинами: _____ от _____

(указать название вакцин и заболевание)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

- Мне понятен смысл и цели вакцинации.

- К моменту вакцинации у меня (представляемого) нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).

- Я осознал, что вакцинация - это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.

- Мне яемз и я принимаю тот факт, что после вакцинации редко могут наблюдаться реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие). Мне понятно, что крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.

- Я осознал, что на основании Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует кочрепных профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения, в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме прокдаи на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.

- Я ознако «лен (ознакомлена) с мерами социальной защиты граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.

- Я поста зил (поставила) в известность медицинского работника о предшествующих вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня (представляемого) и ближайших родственников. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я оз» томлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснен гны, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вакцинацию.

« _____ 20 2 _____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписалея в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)
(Должность, И.О. Фамилия)

СМОТРИТЕ ОБОРОТ БЛАНКА 

Анкета пациента

Фамилия, Имя, Отчество _____

Дата рождения « ____ » _____ г.

	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)		
<i>Для женщин: Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?</i>		
<i>Кормите ли Вы в настоящее время грудью ?</i>		
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 гриппы или пневмококка <input type="checkbox"/> А:8 "да", указать дату _____		
Выли 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 « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____ (расшифровка: 7>4?8A81)

Главному врачу поликлиники детской
С.Г.Калинину

от _____

(фамилия)

(имя)

(отчество)

(число, месяц, год рождения)

Заявление.

Прошу вакцинировать меня от новой коронавирусной инфекции 2х компонентной
вакциной ГАМ КОВИД ВАК - М.

(дата)

(подпись)

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение вакцинации _____, или отказ от нее.
(наименее ание вакцины)

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)гражданина)

" " _____ г.р, 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 двухкомпонентов: 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 2 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 вакцинация 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 _____

Подпись _____

Дата _____