

## Анкета пациента

|   | ДА | НЕТ |
|---|----|-----|
| <b>ФИО</b>  |    |     |
| <b>Дата рождения</b>  |    |     |
| <b>Болеете ли Вы сейчас?</b>  |    |     |
| <b>Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?</b> |    |     |
| <b>Болели ли Вы COVID 19? (если да, то когда)</b>   |    |     |
| <b>Для женщин</b>   |    |     |
| <b>Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?</b>                          |    |     |
| <b>Кормите ли Вы в настоящее время грудью?</b>  |    |     |
| <b>Последние 14 дней отмечались ли у Вас:</b>   |    |     |
| • Повышение температуры   |    |     |
| • Боль в горле  |    |     |
| • Потеря обоняния   |    |     |
| • Насморк   |    |     |
| • Потеря вкуса  |    |     |
| • Кашель  |    |     |
| • Затруднение дыхания   |    |     |
| <b>Делали ли Вы прививку от гриппа/пневмококка или другие прививки?</b>                     |    |     |
| Если «да» указать дату _____  |    |     |
| <b>Были ли у Вас аллергические реакции?</b>   |    |     |
| <b>Есть ли у Вас хронические заболевания?</b>   |    |     |
| Указать какие _____   |    |     |

Дата

Подпись

**Памятка пациента о проведении вакцинации против COVID-19  
вакциной «Гам-Ковид-Вак»**

**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 иммуноглобулинов классов G и M к вирусу 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);
- беременность и период грудного вскармливания;
- возраст до 18 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 (и после введения I компонента и после введения II компонента) в первые-вторые сутки могут развиваться и разрешаются в течение трех последующих дней кратковременные общие (непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, артритом, миалгией, астенией, общим недомоганием, головной болью) и местные (болезненность в месте инъекции, гиперемия, отёчность) 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, не принимать алкоголь, избегать чрезмерных физических нагрузок.**

При покраснении, отечности, болезненности места вакцинации принять антигистаминные средства. При повышении температуры тела после вакцинации – нестероидные противовоспалительные средства.

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