

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

Подписывая данный документ, я _____

(фамилия, имя, отчество)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом: _____

(фамилия, имя, отчество)

а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 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 конкретных 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 граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

_____ (название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

Добровольно соглашаюсь а) на проведение прививки

б) ведение дневника самонаблюдения в личном кабинете пациента на Едином портале государственных и муниципальных услуг _____

Добровольно отказываюсь от проведения прививки

_____ (причина отказа)

Подпись пациента _____ / _____ /

дата « ____ » _____

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок.

Подпись врача (фельдшера) _____ / _____ /

Дата « ____ » _____

Анкета пациента

	ДА	НЕТ
ФИО		
Дата рождения		
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/пневмококка или другие прививки? Если «да» указать дату _____		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания? Указать какие _____		

Дата

Подпись

Анкета пациента перед вакцинацией против коронавирусной инфекции

Общие сведения		
СНИЛС		
Фамилия*		
Имя*		
Отчество*		
Пол*		
Дата рождения*		
Гражданство*		
Документы		
Тип документа*		
Серия		
Номер		
Кем выдан		
Код подразделения		
Медицинское страхование		
Тип полиса*		
Серия		
Номер*		
Страховая организация*		
Контакты		
Телефон*		
Номер*		
Адреса		
Тип адреса*	Тип адреса (регистрация проживания)	
Регион*		
Населенный пункт		
Улица*		
Дом*		
Квартира*		

Сведения о наличии или отсутствии хронических заболеваний

Наименование поля	Да	Нет
Болезнь COVID-19	Дата выявления и выздоровления	
Контактировал с больными инфекционными заболеваниями в течение 2-х недель	дата	
Аллергические реакции		
Аллергические реакции (поле комментариев)		
Реакции на предыдущую вакцину		
Реакции на предыдущую вакцину (поле комментариев)		
Вакцинация против пневмококковой инфекции		
Группа риска		
Не имеются хронические заболевания	Дата постановки на «Д» - учет	
Хронические заболевания бронхолегочной системы	Классы МКБ-10/J00-I99	
Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы	Классы МКБ-10/I00-I99	
Хронические заболевания эндокринной системы	Классы МКБ-10/E00-E90	
Онкологические заболевания	Классы МКБ-10/C00-D48	
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	Классы МКБ-10/B20-B24	
Туберкулез	Классы МКБ-10/A15-A19	
Иные	Все, кроме вышперечисленных классов	

Наименование поля	Дата анализа на COVID-19	Результат
ПЦР-тест на COVID-19		

Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации

Вид препарата (например. Антибиотики)	
Препарат ТН (МНН) препарата	
Лекарственная форма	
Дозировка	
Суточная доза	
Продолжительность приема	

Информация об иммунизации

Препарат вакцины	
Реакция сразу после введения	
Общие реакции	
Местные реакции (в месте введения вакцины)	

Дневник самонаблюдения необходим для получения обратной связи от вакцинированного пациента. Данные поступают из личного кабинета пациента на Едином портале государственных услуг.

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, артралгией, 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.