



**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение вакцинации, или отказ от нее.**

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

« 01 » ЯНВАРЯ 1991 года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:  
МУРМАНСК, ЛЕНИНА, 221Б - 1  
(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 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 - медицинского обследования);

д) о выполнении предписаний медицинских работников.

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической вакцинации 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) ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ  
(фамилия, имя, отчество)

(добровольно соглашаюсь (отказываюсь от) на проведение вакцинации Гам-Ковид-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Дата 01.06.2021

Подпись \_\_\_\_\_

Врач

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

### Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19

№ п/п	Сведения	Нужное подчеркнуть (заполнить)
1.	Дата осмотра	<b>01.06.2021</b>
2.	ФИО пациента полностью дата рождения номер телефона	<b>ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ</b> <b>01.01.1991</b> <b>+7 999 888 77 66</b>
3.	Температура тела	
4.	Общее состояние	(Не) удовлетворительное
5.	Легкие	Дыхание везикулярное, жесткое Хрипы: нет (сухие рассеянные, влажные, крепитирующие)
6.	ЧДД	
7.	Сатурация	
8.	Сердце (нужное подчеркнуть)	Тоны: ясные, приглушены, глухие. Ритм: правильный, аритмичный
9.	ЧСС, АД	
10.	Контакты с инфекционными больными	Да, нет
11.	Болезнь COVID-19? (нужное подчеркнуть)	Да, нет
12.	Прививка от гриппа? /Пневмококка? Реакция на предыдущие вакцины (описать)	Да, нет
13.	Аллергические реакции	Нет, Да (описать какие)
14.	<b>Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):</b> Хронические заболевания бронхолегочной системы	
15.	Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы	
16.	Хронические заболевания эндокринной системы	
17.	Онкологические заболевания	
18.	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	Да, нет
19.	Туберкулез	Да, нет
20.	Иные	
21.	Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации. Препарат, лекарственная форма, дозировка, суточная доза, продолжительность приема (в днях).	

**Заключение: Противопоказаний для проведения вакцинации от COVID-19 на момент осмотра не выявлено (выявлено)**

Врач (ФИО) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_