

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ COVID-19

НЕ ХОЧЕШЬ ТРАТИТЬ ВРЕМЯ В ОЧЕРЕДИ?
ПОДГОТОВЬСЯ К ВАКЦИНАЦИИ ЗАРАНЕЕ

ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ ВАМ НЕОБХОДИМО
ЗАПОЛНИТЬ 3 БЛАНКА:
/бланки можно скачать на сайте
mrgp1.ru/



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ
ПОЛЕ ДЛЯ
ЗАПОЛНЕНИЯ

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

1. Я, нижеподписавшийся (аясь): Уванов Уван Уванович
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) (гражданин))
25 сентября 1989 года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:
г. Мурманск, ул. Лобова г.25 в.б 123
(адрес места жительства (гражданин))

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 выпущенной предостерегающей медицинскими работниками.

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, 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 (аясь): Уванов У.У.
(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 01.08.2021 Подпись _____
Врач _____
(Фамилия, имя, отчество)
Дата _____ Подпись _____

Анкета пациента

ФИО Уванов Уван Уванович
Номер телефона 8 702 159 34 75
Дата рождения 25.09.1989

	ДА	НЕТ
Болете 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 или пневмококка		
Если «да» указать дату		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания? Укажите какие		
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней		
Принимаете ли Вы преднизолол?		
Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты?		
Принимаете ли Вы противовирусные препараты?		
Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение последнего года?		
Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		

Дата 01.08.2021 Подпись _____

Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19

№ в/п	Сведения	Нужное подчеркнуть (заполнить)
1.	Дата осмотра	<u>01.08.2021</u>
2.	ФИО пациента полностью Уванов Уван Уванович дата рождения 25.09.1989 телефон 8 702 159 34 75	
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 (нужно подчеркнуть)	Тоны: ясные, приглушены, глухие. Ритм: правильный, аритмичный
9.	ЧСС, АД	
10.	Контакты с инфекционными больными	Да, нет
11.	Болезнь COVID-19? (нужно подчеркнуть)	Да, нет
12.	Прививка от гриппа? Пневмококка? Реакция на предыдущие вакцины (описать)	Да, нет
13.	Аллергические реакции	Нет, Да (описать какие)
14.	Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз): 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 _____

...И ПРЕДОСТАВИТЬ КОПИИ
ЛИЧНЫХ ДОКУМЕНТОВ

