|  |
| --- |
| Добровольное информированное согласие пациента  на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от нее |

Я, нижеподписавшийся(аяся) {FIO} {BIRTHDAY\_DATE} года рождения

(ФИО вакцинируемого

или законного представителя)

Зарегистрированного по адресу: {PASSPORT\_ADDRESS}

(адрес места жительства гражданина либо

законного представителя)

Номер телефона для связи: {PHONE}

Настоящим подтверждаю, что проинформирован врачом:

- о смысле и цели вакцинации;

- на момент вакцинации я не предъявляю никаких острых жалоб на

состояние здоровья (температура тела нормальная, отсутствуют жалобы на

боль, озноб, сильную слабость, нет иных выраженных жалоб, которые могут

свидетельствовать об острых заболеваниях или обострении хронических);

- я понимаю, что вакцинация - это введение в организм человека

иммунобиологического лекарственного препарата для создания специфической

невосприимчивости к инфекционным заболеваниям;

- мне ясно, что после вакцинации возможны реакции на прививку, которые

могут быть местными (покраснения, уплотнения, боль, зуд в месте инъекции и

другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие);

крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок,

аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций

значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов

заболевания, для предупреждения которого проводится вакцинация;

- о всех имеющихся противопоказаниях к вакцинации;

- я поставил (поставила) в известность медицинского работника о ранее

выполненных вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том

числе о любых формах аллергических проявлений, обо всех перенесенных мною и

известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, о наличии

реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня. Сообщила

(для женщин) об отсутствии факта беременности или кормления грудью.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы

получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической

прививки против новой коронавирусной инфекции, возможных прививочных

реакциях, последствиях отказа от нее, подтверждаю, что мне понятен смысл

всех терминов и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_ 2021 года

(подпись

пациента)

добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_ 2021 года

(подпись

пациента)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением

прививок и дал ответы на все вопросы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач |  |  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |  | (подпись) |