

**Добровольное информированное согласие на проведение вакцинации
против COVID-19 вакциной _____ или отказ от нее**

Я, нижеподписавшийся, _____, _____ г.р.,
зарегистрированный по адресу: Мурманская область, город Мурманск _____

_____ настоящим подтверждаю, что проинформирован 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;
- б) о необходимости проведения профилактической вакцинации (в один или два этапа) и противопоказаниях к ее проведению;
- в) о 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, покраснение кожи, отечность), которые могут развиваться в первые-вторые сутки после вакцинации и разрешаются в среднем в течение трех последующих дней;
- г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением вакцинации (при наличии показаний, которые определяются медицинским работником - медицинского обследования);
- д) о необходимости выполнения предписаний медицинского работника.

Я имел возможность задавать любые вопросы, касающиеся вакцинации, и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической вакцинации 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 _____ для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Я, нижеподписавшийся, _____, _____ г.р. добровольно

соглашаюсь на проведение (отказываюсь от)

вакцинации для профилактики новой коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Дата подписания согласия: _____ Пациент (ФИО, подпись) _____

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с вакцинацией и дал ответы на эти вопросы

Врач (ФИО, подпись) _____ **Медсестра** (ФИО, подпись) _____

Осмотр врачом (фельдшером) перед вакцинацией

Сегодня вводится вакцина (название)	
Сегодня вводится компонент (первый или второй – прописать)	
Если сегодня вводится второй компонент указать место вакцинации первым компонентом: ТЦ, другое ЛПУ (указать название), другой город и т. д.	

Температура:	Жалоб нет. Аллергологический анамнез без особенностей.
Пульс:	Эпидемиологический анамнез без особенностей.
АД:	Состояние удовлетворительное. Зев спокоен.
ЧДД:	Дыхание везикулярное.
Сатурация:	Сердечные тоны ритмичные.

**Заключение: противопоказания для проведения вакцинации
против COVID-19 на момент осмотра не выявлены**

Врач или фельдшер (ФИО, подпись): _____