Добровольное информированное согласие
пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции
или отказ от нее (лицевая сторона)

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____ года рождения
(ФИО вакцинируемого или законного представителя)
Зарегистрированного по адресу: _____
_____
(адрес места жительства, телефон гражданина, либо законного представителя)

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 _____ "____" _____ 2022 года
(подпись пациента)
добровольно отказываюсь от проведения прививки _____ "____" _____ 2022 года
(подпись пациента)
моему ребенку
(ФИО ребенка, дата рождения)
Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением прививок и дал ответы на все вопросы.
Врач _____ _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)
Анкета пациента (оборотная сторона)
Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19
Информация о персональных данных пациента указана на лицевой стороне