ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, или отказ от нее.

(наименование вакцины)

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 - медицинское обследование);

д) о выполнении предписаний медицинских работников.

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(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

(добровольно соглашаюсь (отказываюсь) от проведения вакцинации

Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики

коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество) | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |  | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |