

# Анкета пациента для иммунизации вакциной Гам-Ковид-Вак (Спутник V)

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Болеете ли сейчас?	Да	Нет
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 беременность?		
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		
- затрудненное дыхание		
Делали ли вы прививку от гриппа или пневмококка (указать дату)		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у вас хронические заболевания? (указать какие)		
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней?		
Принимаете ли Вы преднизолон?		

Паспорт: Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_, кем

выдан \_\_\_\_\_

(дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

СНИЛС \_\_\_\_\_

(номер)

Страховой полис \_\_\_\_\_

(Номер, наименование страховой компании)

Домашний адрес (проживания):

Регион \_\_\_\_\_

Населенный пункт \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_