

**государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Городская клиническая больница №14 город Екатеринбург» (ГАУЗ СО «ГКБ №14»)**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**пациента на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак или отказ от нее**

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, 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 (при наличии) гражданина)

(добровольно **соглашаюсь** (отказываюсь) от проведения вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2).

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года \_\_\_\_\_ (подпись гражданина)

Врач: \_\_\_\_\_ (ФИО и подпись врача). Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года

**государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Городская клиническая больница №14 город Екатеринбург» (ГАУЗ СО «ГКБ №14»)**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**пациента на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак или отказ от нее**

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, 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 (при наличии) гражданина)

(добровольно **соглашаюсь** (отказываюсь) от проведения вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2).

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года \_\_\_\_\_ (подпись гражданина)

Врач: \_\_\_\_\_ (ФИО и подпись врача). Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года

Мне разъяснено, что я обязан сообщить врачу перед проведением вакцинации:

- о наличии каких-либо жалоб на здоровье: наличие температуры, боли, озноба, слабости;
- о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов;
- о предшествующих вакцинациях, о наличии сильных реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин;
- обо всех перенесенных мною заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах;
- об употреблении алкоголя, наркотических и токсикологических средств;
- о дате выздоровления после какой-либо болезни;
- о беременности, грудном вскармливании.

Я уведомлен, что в течение 30 минут после вакцинации возможно развитие аллергических реакций немедленного типа (анафилактический шок). Для предупреждения аллергических реакций немедленного типа я согласен/не согласен находиться возле кабинета вакцинопрофилактики в течение 30 минут после проведения вакцинации.

Мне разъяснено мое право отказаться от медицинского вмешательства в любое время до начала его выполнения и разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства.

Я разрешаю/не разрешаю передавать информацию о состоянии моего здоровья должностным лицам, причастным к оказанию медицинской помощи, для наиболее качественного решения моих медицинских проблем, использовать информацию о состоянии моего здоровья для проведения экспертизы качества медицинской помощи, в электронной форме, для ведения необходимой отчетности в соответствии с действующим законодательством

Я разрешаю передавать информацию о состоянии моего здоровья \_\_\_\_\_,  
(никому, без ограничений, Ф.И.О. конкретного лица)

при ухудшении состояния прошу сообщить по телефону: \_\_\_\_\_.

**Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что получил (а) полную информацию о медицинском вмешательстве, альтернативных методах и их свойствах, результате, возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением данного медицинского вмешательства, об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество медицинского вмешательства. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы, задавал(а) их и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Мне понятно содержание данного медицинского вмешательства, на меня не оказывалось давление и я добровольно и осознанно даю/не даю \_\_\_\_\_ согласие на проведение данного медицинского вмешательства. С памяткой пациента о проведении вакцинации против COVID-19 вакциной "Гам-Ковид-Вак" ознакомлен. Осмотр врача перед вакцинацией против COVID-19 проведен.**

Пациент \_\_\_\_\_ дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Врач \_\_\_\_\_ дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Мне разъяснено, что я обязан сообщить врачу перед проведением вакцинации:

- о наличии каких-либо жалоб на здоровье: наличие температуры, боли, озноба, слабости;
- о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов;
- о предшествующих вакцинациях, о наличии сильных реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин;
- обо всех перенесенных мною заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах;
- об употреблении алкоголя, наркотических и токсикологических средств;
- о дате выздоровления после какой-либо болезни;
- о беременности, грудном вскармливании.

Я уведомлен, что в течение 30 минут после вакцинации возможно развитие аллергических реакций немедленного типа (анафилактический шок). Для предупреждения аллергических реакций немедленного типа я согласен/не согласен находиться возле кабинета вакцинопрофилактики в течение 30 минут после проведения вакцинации.

Мне разъяснено мое право отказаться от медицинского вмешательства в любое время до начала его выполнения и разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства.

Я разрешаю/не разрешаю передавать информацию о состоянии моего здоровья должностным лицам, причастным к оказанию медицинской помощи, для наиболее качественного решения моих медицинских проблем, использовать информацию о состоянии моего здоровья для проведения экспертизы качества медицинской помощи, в электронной форме, для ведения необходимой отчетности в соответствии с действующим законодательством

Я разрешаю передавать информацию о состоянии моего здоровья \_\_\_\_\_,  
(никому, без ограничений, Ф.И.О. конкретного лица)

при ухудшении состояния прошу сообщить по телефону: \_\_\_\_\_.

**Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что получил (а) полную информацию о медицинском вмешательстве, альтернативных методах и их свойствах, результате, возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением данного медицинского вмешательства, об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество медицинского вмешательства. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы, задавал(а) их и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Мне понятно содержание данного медицинского вмешательства, на меня не оказывалось давление и я добровольно и осознанно даю/не даю \_\_\_\_\_ согласие на проведение данного медицинского вмешательства. С памяткой пациента о проведении вакцинации против COVID-19 вакциной "Гам-Ковид-Вак" ознакомлен. Осмотр врача перед вакцинацией против COVID-19 проведен.**

Пациент \_\_\_\_\_ дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Врач \_\_\_\_\_ дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года