

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ COVID19

БЛАНК СОГЛАСИЯ для несовершеннолетних

Имя и фамилия вакцинирующегося лица:	
Дата рождения: Место рождения:	
Телефон: Место жительства:	

Я, нижеподписавшийся, родился в дата
 прописанный в по адресу
 в качестве **матери** [] законного представителя []

Я, нижеподписавшийся, родился в дата
 прописанный в по адресу
 в качестве **отца** [] законного представителя []

- Я прочитал, мне объяснили на понятном мне языке, и я полностью понял Информационную записку, подготовленную Итальянским агентством по лекарственным средствам (AIFA) вакцины:
 “”
- Я сообщил доктору о текущих и / или предыдущих патологиях и методах лечения вакцинируемого.
- У меня была возможность задать вопросы о вакцине и состоянии здоровья вакцинируемого получив исчерпывающие ответы и понятные мне.
- Меня корректно проинформировали словами, которые мне понятны. Я понимаю преимущества и риски вакцинации, методы и терапевтические альтернативы, а также последствия отказа или отказа от завершения вакцинации второй дозой, если такая предусмотрена.
- Я осознаю, что если возникнут какие-либо побочные эффекты, я обязан обратиться немедленно лечащему врачу и следовать его указаниям.
- Я согласен оставить вакцинируемого в комнате ожидания не менее 15 минут после введения вакцины, чтобы убедиться в не проявлении немедленных побочных эффектов.

Я согласен и разрешаю введение вакцины “”

ДАТА И МЕСТО

Подпись родителя или законного представителя

В случае отсутствия одного из родителей, в качестве альтернативы:

доверенность от отсутствующего родителя для принятия вакцинации
 присутствующий родитель заявляет и подписывает, что: отсутствующий родитель
 не смог приехать, но дал согласие на вакцинацию

подпись

Я отказываюсь от вакцины “”

Дата и место

Подпись лица, отказывающегося от вакцины, или его законного представителя

Медицинские работники бригады вакцинации

Имя и фамилия (Врач).....

Я подтверждаю, что вакцинируемый дал свое согласие на вакцинацию после того, как был должным образом проинформирован.

Подпись

1. Имя и фамилия (Врач или другой медицинский работник)

Должность

Я подтверждаю, что вакцинируемый дал свое согласие на вакцинацию после того, как был должным образом проинформирован.

Подпись