

БЛАНК СОГЛАСИЯ НА ВАКЦИНАЦИЮ

PFIZER-BIONTECH COVID-19 MODERNA COVID-19 VAXZEVRIA COVID-19 JANSSEN

Имя и фамилия _____

Дата рождения _____ место рождения _____

Прописка _____ телефон _____

Карточка медицинского страхования (если есть) номер _____

Я прочитал, мне объяснили на понятном мне языке, и я полностью понял Информационную записку, подготовленную Итальянским агентством по лекарственным средствам (AIFA) вышеназванной вакцины.

Я сообщил доктору о текущих и / или предыдущих патологиях и текущих методах моего лечения.

У меня была возможность задать вопросы о вакцине и состоянии моего здоровья получив исчерпывающие и понятные мне ответы.

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 обратится немедленно лечащему врачу и следовать его указаниям.

Я согласен оставаться в комнате ожидания не менее 15 минут после введения вакцины, чтобы убедиться в не проявлении немедленных побочных эффектов.

Я согласен и разрешаю введение вышеназванной вакцины

Дата и место _____

Подпись получателя вакцины или его законного представителя _____

Я отказываюсь от вышеназванной вакцины

Дата и место _____

Подпись отказывающегося от вакцины или его законного представителя _____

Медицинские работники выполнившие вакцинацию

1. Имя и фамилия _____

Должность _____

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

Подпись _____

2. Имя и фамилия _____

Должность _____

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

Подпись _____

Присутствие второго специалиста в области здравоохранения не обязательна в случае вакцинации в клинике или другом месте, где работает один врач, по месту жительства вакцинируемого лица или в состоянии организационно-технической критичности.

**АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ
 БЛАНК**

Заполняется вакцинируемым и рассматривается медицинским работником.

Имя и фамилия	Телефон		
АНАМНЕЗ	ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЮ
В настоящее время он болен?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Есть температура?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Страдаете ли вы аллергией на латекс, на какие-либо продукты, лекарства или компоненты вакцины? Если ДА, укажите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Были ли у вас когда-нибудь тяжелые реакции после вакцинации?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Страдаете ли вы заболеванием сердца или легких, астмой, заболеванием почек, диабетом, анемией или другими заболеваниями крови?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы находитесь в состоянии ослабленной иммунной системы? (Пример: рак, лейкемия, лимфома, ВИЧ / СПИД, трансплантация)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Принимали ли вы за последние 3 месяца какие-либо лекарства, ослабляющие иммунную систему (например, кортизон, преднизон или другие стероиды) или противоопухолевые препараты, или проходили лучевую терапию?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Делали ли вы в течение последнего года переливание крови или продуктов крови, принимали ли иммуноглобулины (гамма) или противовирусные препараты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Были ли у вас припадки или проблемы с мозгом или нервной системой?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Делали ли вы какие-либо прививки за последние 4 недели? Если ДА, то какие?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Для женщин: Вы беременны или планируете забеременеть в течение месяца после первого или второго введения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы кормите грудью?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Укажите ниже препараты, в частности антикоагулянты, а также натуральные добавки, витамины, минералы или любые альтернативные лекарства, которые принимаете: _____

АНАМНЕЗ, СВЯЗАННЫЙ С COVID-19	ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЮ
Были ли вы за последний месяц в контакте с человеком, инфицированным Sars-CoV2 или пострадавшим от COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ИМЕЕТЕ ОДИН ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ:			
• Кашель / простуда / жар / хрипы или симптомы гриппа?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Боль в горле / потеря запаха или вкуса?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Боль в животе / диарея?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Аномальный синяк или кровотечение / покраснение глаз?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Совершали ли вы какие-либо международные поездки за последний месяц?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ТЕСТ COVID-19:			
• Нет недавних тестов на COVID-19. (дата _____)(дата_)(дата__)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Тест COVID-19 отрицательный			
• Тест COVID-19 положительный			
• Ожидаете ответ на тест COVID-19			

Сообщайте о любых патологиях или новостях о состоянии вашего здоровья

Дата и место _____

Подпись вакцинируемого или его законного представителя _____