Приложение №1

Министерство здравоохранения

Хабаровского края

КГБУЗ «Клинико-диагностический центр»

**Добровольное информированное согласие на проведение вакцинации**

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

 (фамилия, имя, отчество)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, зарегистрированный по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

 а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой короновирусной 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 прививки,2 этапах вакцинации и противопоказаний к ее проведению

 в) возможных поствакцинальных осложнениях (общих: непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующиеся 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 разрешаются в течении 3-х последующих дней;

 г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации (а при необходимости -медицинское обследование) 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 короновирусной инфекции, вызываемой вирусом вирус SARS-CoV-2, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, я подтверждаю, что понятен смысл всех терминов. и добровольно соглашаюсь на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики короновирусной инфекции, вызываемой вирусом вирус SARS-CoV-2

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

 (фамилия, имя, отчество

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

 Дата 2021 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись пациента)

Врач: