

**Анкета**  
(заполняется пациентом перед вакцинацией  
против новой коронавирусной инфекции)

ФИО \_\_\_\_\_

Ваш возраст \_\_\_\_\_ (полных лет)

№	Вопрос	Да	Нет
1	Проводились ли Вам профилактические прививки в течение последних 30 дней?		
2	Являетесь ли Вы участником клинического исследования вакцины?		
3	Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на профилактические прививки, в прошлом (анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°C)?		
4	Имеются ли у Вас в настоящее время признаки простудного заболевания?		
5	Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания (если да, то указать какое в примечании, п. 10)		
6	Имеются ли у Вас заболевания, такие как:		
	- сердечно-сосудистые: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, эндокардит, перикардит или миокардит (указать какое в примечании, п. 10)		
	- эндокринные: сахарный диабет (указать уровень глюкозы при последнем измерении)		
	- центральной нервной системы: инсульт, эпилепсия, рассеянный склероз (указать какое в примечании, п. 10)		
	- крови: анемии, лейкозы, лимфогранулематоз, другие (указать какое в примечании, п. 10)		
	- почек (указать какое в примечании, п. 10)		
	- печени (указать какое в примечании, п. 10)		
	- легких: бронхиальная астма, ХОБЛ, другие (указать какое в примечании, п. 10)		
	- аутоиммунные: ревматические болезни, тиреоидит, псориаз и другие (указать какое в примечании, п. 10)		
	- иммунодефициты (указать заболевание в примечании, п. 10)		
	- онкологические (указать заболевание в примечании, п. 10)		
7	Принимали ли Вы в течение месяца следующие лекарственные препараты: глюкокортикостероиды, цитостатики, иммуносупрессоры, моноклональные антитела. Если принимали, то указать какие в примечании, п. 10.		
8	Беременность (для женщин)		
9	Период грудного вскармливания (для женщин)		
10	Примечание		

Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете.

Дата \_\_\_\_\_ 202\_., подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО)

**Добровольное информированное согласие пациента  
на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от неё**

Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_ года рождения

(ФИО вакцинируемого или законного представителя)

Зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

Номер телефона для связи: \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что проинформирован врачом:

- о смысле и цели вакцинации;

- на момент вакцинации я не предъявляю никаких острых жалоб на состояние здоровья (температура тела нормальная, отсутствуют жалобы на боль, озноб, сильную слабость, нет иных выраженных жалоб, которые могут свидетельствовать об острых заболеваниях или обострении хронических);

- я понимаю, что вакцинация - это введение в организм человека иммунобиологического лекарственного препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным заболеваниям;

- мне ясно, что после вакцинации возможны реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснения, уплотнения, боль, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие); крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболевания, для предупреждения которого проводится вакцинация;

- о всех имеющихся противопоказаниях к вакцинации;

- я поставил (поставила) в известность медицинского работника о ранее выполненных вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня. Сообщила (для женщин) об отсутствии факта беременности или кормления грудью.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки против новой коронавирусной инфекции, возможных прививочных реакциях, последствиях отказа от неё, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и:

- добровольно \_\_\_\_\_ на проведение прививки  
(соглашаюсь/отказываюсь)

- получение сертификата доверия ответственному представителю организации.

Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ года.

(подпись пациента)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением прививок и дал ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

(подпись)