

**Добровольное информированное согласие  
пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции  
или отказ от нее (лицевая сторона)**

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_ 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 нее, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и:

**добровольно соглашаюсь на проведение прививки \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 202\_\_ г  
(подпись пациента)**

добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 202\_\_ г  
(подпись пациента)

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

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)