ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации_____ , или отказ от нее.
(наименование вакцины)

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

« __» _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

_____

настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:
а) о том, что профилактическая вакцинация - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой коронавирусной 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 вакцинации, 2 этапах вакцинации и противопоказаниях к ее проведению;
в) возможных поствакцинальных осложнениях (общих: непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся 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 и разрешаются в течение 3-х последующих дней;
г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации (а при необходимости - медицинское обследование);
д) о 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 коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак, Комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
(фамилия, имя, отчество)
(добровольно соглашаюсь (отказываюсь) от проведения вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2).

Дата _____ _____
(подпись)

Врач_____
(Фамилия, имя, отчество)(подпись)

_____ Дата _____