

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:

(адрес места жительства гражданина)

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 _____

**Согласие ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава
на обработку персональных данных**

Я (ФИО) _____ паспорт: серия
№ _____, выдан:

адрес _____,

даю согласие **ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава (далее Университет)** на обработку персональных данных в объеме и способами, указанными в ст. 3, ст. 5, ст. 6 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» включая фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в целях оказания медицинских услуг, ведения внутреннего учета Университета.

Я предоставляю Университету право осуществлять все действия (операции) со своими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Университет вправе обрабатывать мои персональные данные с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе путем внесения их в электронную базу данных Университета.

Настоящее согласие действует бессрочно до момента подачи в письменном виде Университету заявления об отзыве своего согласия на обработку персональных данных, после чего Университет обязуется прекратить их обработку в течение тридцати рабочих дней с момента получения указанного заявления, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

« ____ » _____ 202__ г.

(подпись) / _____ /
(Ф.И.О.)

Анкета пациента

	ДА	НЕТ
ФИО		
Дата рождения		
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?		
Болели ли Вы COVID 19? (если да, то когда)		
Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		
Последние 14 дней отмечались ли у Вас:		
• Повышение температуры		
• Боль в горле		
• Потеря обоняния		
• Насморк		
• Потеря вкуса		
• Кашель		
• Затруднение дыхания		
Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка Если «да» указать дату		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания Указать какие		
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней		
Принимаете ли Вы преднизолон?		
Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты?		
Принимаете ли Вы противовирусные препараты?		
Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение последнего года?		
Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		

Дата

Подпись