**Анкета пациента**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ДА | НЕТ |
| ФИО |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| Паспорт |  |  |
| Полис |  |  |
| Снилс |  |  |
| Номер контактного телефона |  |  |
| 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 тела |  |  |
| * Боль в горле |  |  |
| * Потеря обоняния |  |  |
| * Насморк |  |  |
| * Потеря вкуса |  |  |
| * Кашель |  |  |
| * Затруднение дыхания |  |  |
| Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококковой инфекции?  Если да, укажите дату |  |  |
| Были ли у Вас аллергические реакции? |  |  |
| Есть ли у Вас хронические заболевания?  Укажите 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? |  |  |
| Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом? |  |  |

Дата

Подпись

**Осмотр врача-терапевта перед вакцинацией от COVID-19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Дата осмотра |  |
| 2. | Ф.И.О. пациента полностью  Дата рождения |  |
| 3. | Температура тела |  |
| 4. | Общее состояние *(нужное подчеркнуть)* | (Не) удовлетворительное |
| 5. | Легкие  *(нужное подчеркнуть)* | Дыхание: везикулярное, жесткое  Хрипы: нет, сухие рассеянные, влажные, крепитирующие |
| 6. | ЧДД |  |
| 7. | Сатурация |  |
| 8. | Сердце  *(нужное подчеркнуть)* | Тоны: ясные, приглушены, глухие  Ритм: правильный, аритмичный |
| 9. | ЧСС, АД |  |
| 10. | Контакты с инфекционными больными  *(нужное подчеркнуть)* | Да  Нет |
| 11. | Болел COVID-19?  *(нужное подчеркнуть)* | Да  Нет |
| 12. | Прививка от гриппа?  Пневмококковой инфекции?  *(нужное подчеркнуть)*  Реакция на предыдущие вакцины *(описать)* | Да Нет  Да Нет |
| 13. | Аллергические реакции *(нужное подчеркнуть)* | Нет  Да *(описать какие)* |
| 14. | **Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):**  Хронические заболевания бронхолегочной системы |  |
| 15. | Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы |  |
| 16. | Хронические заболевания эндокринной системы |  |
| 17. | Онкологические заболевания |  |
| 18. | Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека | Да  Нет |
| 19. | Туберкулез | Да  Нет |
| 20. | Иные |  |
| 21. | Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации  Препарат  Лекарственная форма  Дозировка  Суточная доза  Продолжительность приема (в днях) |  |

**Заключение:**

Противопоказаний для проведения вакцинации от COVID-19 на момент осмотра не выявлено (выявлено)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. подпись

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение вакцинации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , или отказ от нее.**

(наименование вакцины)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированные по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю, 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 представляет собой химически синтезированные пептидные антигены белка S вируса SARS-CoV-2, конъюгированные с белком-носителем и адсорбированные на алюминий-содержащем адъюванте (алюминия гидроксиде). Вакцина вводится двукратно;

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 ЭпиВакКорона, вакцине на основе пептидных антигенов для профилактики СOVID-19, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение вакцинации.

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

(фамилия, имя, отчество)

(добровольно соглашаюсь (отказываюсь) от проведения вакцинации ЭпиВакКорона, вакциной на основе пептидных антигенов для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) (подпись)