

ГБУЗ «Городская поликлиника № 21» г. Казани СОП	Версия 1 Срок действия – 3 года	Лист 16 Листов 23 Экземпляр № 1
		
Порядок проведения вакцинации против COVID-19 взрослому населению		

Приложение №2

Анкета пациента

ФИО		ДА	НЕТ
Дата рождения			
Паспорт			
Полис			
Снилс			
Номер контактного телефона			
Болели 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?			
Если ли у Вас хронические заболевания?			
Укажите какие			
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней?			
Принимаете ли Вы Преднизолон?			
Принимаете ли Вы противовирусные препараты?			
Принимаете ли Вы противогрибковые препараты?			
Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение последнего года?			
Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?			
Дата			
Подпись			

ГБУЗ «Городская поликлиника № 21» г. Казани СОП	Версия 1 Срок действия – 3 года	Лист 20 Листов 23 Экземпляр № 1
		
Порядок проведения вакцинации против COVID-19 взрослому населению		

Приложение №5

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 иммунологического препарата для создания специфической невосприимчивости к новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у взрослых.

Вакцина получена биотехнологическим путем, при котором не используются 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 осложнений (общих: непереносимость 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 реакций 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 _____ (подпись)

ГАОУЗ «Городская поликлиника № 21» г. Казани	Версия 1	Лист 18 Листов 23
СОП	Срок действия –	Экземпляр № 1
Порядок проведения вакцинации против COVID-19 взрослому населению		

Приложение №4

Осмотр врача-героневга перед вакцинацией от COVID-19

1.	Дата осмотра	
2.	Ф.И.О. пациента полностью	
3.	Дата рождения	
4.	Температура тела (Не) удовлетворительное	
5.	Общее состояние <i>(нужное подчеркнуть)</i> Легкие <i>(нужное подчеркнуть)</i> Дыхание: везикулярное, жесткое Хрипы: нет, сухие рассеянные, влажные, крепитирующие	
6.	ЧДД	
7.	Сатурация	
8.	Сердце <i>(нужное подчеркнуть)</i> Тоны: ясные, приглушены, глухие Ритм: правильный, аритмичный	
9.	ЧСС, АД	
10.	Контакты с инфекционными больными <i>(нужное подчеркнуть)</i> Да Нет	
11.	Болез COVID-19? <i>(нужное подчеркнуть)</i> Да Нет	
12.	Прививка от гриппа? Да Нет	Нет Нет
	Пневмококковой инфекции? <i>(нужное подчеркнуть)</i> Реакция на предыдущие вакцины <i>(описать)</i>	
13.	Аллергические реакции <i>(нужное подчеркнуть)</i> Да <i>(описать какие)</i> Нет	
14.	Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз): Хронические заболевания бронхолегочной системы Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы	
15.	Хронические заболевания эндокринной системы	
16.	Хронические заболевания онкологические заболевания	
17.	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	Да Нет

ГАОУЗ «Городская поликлиника № 21» г. Казани	Версия 1	Лист 19 Листов 23
СОП	Срок действия –	Экземпляр № 1
Порядок проведения вакцинации против COVID-19 взрослому населению		

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