

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак, 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-х 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 на проведение вакцинации

Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики

Коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2).

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Врач \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Дата \_\_\_\_\_