

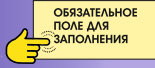
# ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ COVID-19

НЕ ХОЧЕШЬ ТРАТИТЬ ВРЕМЯ В ОЧЕРЕДИ?  
ПОДГОТОВЬСЯ К ВАКЦИНАЦИИ ЗАРАНЕЕ



ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ ВАМ НЕОБХОДИМО  
ЗАПОЛНИТЬ 3 БЛАНКА:

БЛАНКИ МОЖНО СКАЧАТЬ  
НА САЙТЕ MINZDRAV.GOV-MURMAN.RU



**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение вакцинации, или отказ от нее.**

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) Иванов Иван Иванович  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)  
«25» сентября 1989 года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:  
г. Мурманск, ул. Лобова г. 25 кв 123  
(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 этапа 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 - медицинского обследования);  
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) Иванов И.И.  
(фамилия, имя, отчество)  
(добровольно соглашаюсь (отказываюсь от) на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Дата 01.08.2021 Подпись

Врач \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

**Анкета пациента**

|                |                             |  |
|----------------|-----------------------------|--|
| ФИО            | <u>Иванов Иван Иванович</u> |  |
| Номер телефона | <u>8 702 159 34 75</u>      |  |
| Дата рождения  | <u>25.09.1989</u>           |  |

|  | ДА | НЕТ |
|--|----|-----|
| Болезне 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)   |    |     |
| <b>Для женщин</b>  |    |     |
| 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? 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 01.08.2021 Подпись

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

| № п/п | Сведения   | Нужное подчеркнуть (заполнить)   |
|-------|--|--|
| 1.    | Дата осмотра   | <u>01.08.2021</u>  |
| 2.    | ФИО пациента полностью   | <u>Иванов Иван Иванович</u>  |
|       | дата рождения  | <u>25.09.1989</u>  |
|       | телефон  | <u>8 702 159 34 75</u>   |
| 3.    | Температура тела   |  |
| 4.    | Общее состояние  | (Не) удовлетворительное  |
| 5.    | Легкие   | Дыхание везикулярное, жесткое Хрипы: нет (сухие, рассеянные, влажные, крепитирующие) |
| 6.    | ЧДД  |  |
| 7.    | Сатурация  |  |
| 8.    | Сердце (нужно подчеркнуть)   | Тоны: ясные, приглушены, глухие. Ритм: правильный, аритмичный                        |
| 9.    | ЧСС, АД  |  |
| 10.   | Контакты с инфекционными больными  | Да, нет  |
| 11.   | Болеет COVID-19? (нужно подчеркнуть)   | Да, нет  |
| 12.   | Прививка от гриппа? Пневмококка?<br>Реакция на предыдущие вакцины (описать)  | Да, нет  |
| 13.   | Аллергические реакции  | Нет, Да (описать какие)  |
| 14.   | Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):   |  |
| 15.   | Хронические заболевания бронхолегочной системы   |  |
| 16.   | Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы  |  |
| 17.   | Хронические заболевания эндокринной системы  |  |
| 18.   | Онкологические заболевания   |  |
| 19.   | Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека   | Да, нет  |
| 20.   | Туберкулез   | Да, нет  |
| 21.   | Иные   |  |
| 22.   | 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 (ФИО) \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

...И ПРЕДОСТАВИТЬ КОПИИ  
ЛИЧНЫХ ДОКУМЕНТОВ

Российская Федерация  
ОБЛАСТНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РОССИИ ПО КУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ  
В ЛЕНИНСКОМ РАЙОНЕ КУРМАНСКА

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ЗАРЕГИСТРИРОВАН  
ИНТЕРНЕТ-ПОРТАЛ  
12 июля 2019 года  
Сайт: ГОР.МУРМАНСК  
Телефон: 8 (8152) 25 00 00

Российская Федерация  
СТРАХОВОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО  
ОБЛАСТНОЕ СЛУЖБЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ  
В 472-474-125-75  
ФИО: ИВАНОВ ИВАН  
ИВАНОВИЧ  
ИВАНОВИЧ  
Дата и место рождения: 25 сентября 1989 года  
КУРМАНСК  
Пол: МУЖСКОЙ  
Дополнительно:

ПОЛИС  
Страхование жизни и здоровья  
СТРАХОВАНИЕ  
0000 0000 0000 0000

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ  
Дата рождения: 25.09.1989

# ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ COVID-19

НЕ ХОЧЕШЬ ТРАТИТЬ ВРЕМЯ В ОЧЕРЕДИ?  
ПОДГОТОВЬСЯ К ВАКЦИНАЦИИ ЗАРАНЕЕ



ОБЯЗАТЕЛЬНО  
ПОЛЕ ДЛЯ  
ЗАПОЛНЕНИЯ

ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ ВАМ НЕОБХОДИМО  
ЗАПОЛНИТЬ 3 БЛАНКА:

/Бланки можно скачать на сайте  
kvd.murmansk.ru/

## ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на проведение вакцинации, или отказ от нее.

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) Уванов Иван Уванович  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)  
«25» сентября 1989 года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:  
г. Мурманск, ул. Лобова д.25 кв.123  
(адрес места жительства гражданина)

настоящим подтверждаю то, 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 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 - медицинского обследования);  
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) Уванов И.И.  
(фамилия, имя, отчество)  
(добровольно соглашаюсь (отказываюсь от) на проведение вакцинации Гам-КОВИД-Вак, комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Дата 01.08.2021 Подпись \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

## Анкета пациента

ФИО Уванов Иван Уванович  
Номер телефона 8 702 159 34 75  
Дата рождения 25.09.1989

|  | ДА | НЕТ |
|--|----|-----|
| Болезне 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)   |    |     |
| <b>Для женщин</b>  |    |     |
| 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? 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 01.08.2021 Подпись \_\_\_\_\_

## Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19

| № п/п | Сведения   | Нужное подчеркнуть (заполнить)  |
|-------|--|---|
| 1.    | Дата осмотра <u>01.08.2021</u>   |   |
| 2.    | ФИО пациента полностью <u>Уванов Иван Уванович</u><br>дата рождения <u>25.09.1989</u><br>телефон <u>8 702 159 34 75</u>  |   |
| 3.    | Температура тела   |   |
| 4.    | Общее состояние  | (Не) удовлетворительное   |
| 5.    | Легкие   | 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  | Да, нет   |
| 11.   | Болезнь COVID-19? (нужное подчеркнуть)   | Да, нет   |
| 12.   | Прививка от гриппа? Пневмококка?<br>Реакция на предыдущие вакцины (описать)  | Да, нет   |
| 13.   | Аллергические реакции  | Нет, Да (описать какие)   |
| 14.   | Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):<br>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 (ФИО) \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

...И ПРЕДОСТАВИТЬ КОПИИ  
ЛИЧНЫХ ДОКУМЕНТОВ

Российская Федерация  
ОТДЕЛ УФС РОССИИ  
ПО МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ  
В ЛЕНИНСКОМ РАЙОНЕ МУРМАНСКА

ИВАНОВ  
ИВАН  
ИВАНОВИЧ  
МУЖ.  
25.09.1989  
ГОР. МУРМАНСК

Российская Федерация  
СТРАХОВОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ПЕНСИОННОГО СТРАХОВАНИЯ  
№ 472-474-125-75  
И.О. ИВАНОВ  
ИМЯ ИВАНОВИЧ  
Дата и место рождения 25 сентября 1989 года  
МУРМАНСК  
Пол МУЖСКОЙ

ПОЛИС  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ПЕНСИОННОГО СТРАХОВАНИЯ  
0000 0000 0000 0000