**Общие сведения (ОБЯЗАТЕЛЬНО)**

|  |  |
| --- | --- |
| СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФАМИЛИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИМЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОТЧЕСТВО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ М □ Ж  Дата Рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |  |
| *Правовой статус (для иностранных или лиц без гражданства)*  Страна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Постоянно проживающий в РФ * Временно проживающий в РФ * Временно пребывающий в РФ * Высоко-квалифицированный специалист (ВКС) | * Гражданин Российской Федерации * Гражданин Российской Федерации и иностранного государства (двойное гражданство) * Иностранный гражданин * Лицо без гражданства |

**Документы (*дополнительно при необходимости*)**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Контакты (ОБЯЗАТЕЛЬНО)**

|  |  |
| --- | --- |
| Телефон   * Мобильный +7 (\_\_\_) \_\_\_-\_\_-\_\_ | * Домашний +7 (\_\_\_) \_\_\_-\_\_-\_\_ * Иной +7 (\_\_\_) \_\_\_-\_\_-\_\_ |

**Адреса**

* БОМЖ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Регистрация* | *Проживание* |
| Регион |  |  |
| Населенный пункт |  |  |
| Улица |  |  |
| Дом |  |  |
| Квартира |  |  |

**Предварительный осмотр врачом (фельдшером) – заполняется врачом**

Дата осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО мед. Работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Температура \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ °C

ЧДД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в минуту

ЧСС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в минуту

|  |  |
| --- | --- |
| Общее состояние   * удовлетворительное * неудовлетворительное   Болел COVID-19   * Нет данных * Да * Нет   Контактировал с больными инфекционными заболеваниями в течение 2х недель   * Нет данных * Да * Нет   Аллергические реакции   * Нет данных * Не регистрировались * Регистрировались | Реакции на предыдущие вакцины   * Нет данных * Регистрировались * Не регистрировались * Не применимо   Вакцинация от гриппа в текущем сезоне   * Нет данных * Да * Нет   Вакцинация против пневмококковой инфекции   * Нет данных * Да * Нет   Группа риска   * Контактные * Уязвимые * Остальные * Неизвестно |

**Наличие сопутствующих заболеваний**

*(При наличии указать код заболевания МКБ-10)*

|  |  |
| --- | --- |
| * Хронические заболевания бронхолегочной системы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Хронические заболевания эндокринной системы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Онкологические заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Туберкулез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Сифилис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Гепатит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Иные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Лабораторные исследования**

*(Заполняем, если были проведены)*

ПЦР-теста на COVID-19 Дата анализа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Не знаю результат | * Положительно | * Отрицательно |

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

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

**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? |  |  |
| Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение последнего года? |  |  |
| Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом? |  |  |

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

(ФИО гражданина) (подпись)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Контактные данные пациента: | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **+7-( \_ \_ \_ ) - \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ \_** |
| ***e-mail (пожалуйста, печатными буквами)*** | ***мобильный телефон*** |

Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

***Добровольное информированное согласие на проведение вакцинации вакциной***

***«*Гам-КОВИД Вак»*, или отказ от нее.***

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

(подпись)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Памятка пациента о проведении вакцинации против COVID-19**

**вакциной «Гам-Ковид-Вак»**

**Уважаемый пациент!**

Ваше крепкое здоровье – наша главная цель! А для того, чтобы полностью реализовать наш потенциал в достижении главной цели, мы просим Вас соблюдать некоторые (основные и важные) правила, которые помогут нам в нашей работе:

1. Вакцинации подлежат лица, не болевшие COVID-19 и не имеющие антител к SARSCoV-2 по результатам лабораторных исследований.

2. Противопоказаниями к вакцинации являются:

- гиперчувствительность к какому-либо компоненту вакцины или вакцины, содержащей аналогичные компоненты;

- тяжелые аллергические реакции в анамнезе;

- острые инфекционные и неинфекционные заболевания;

- обострение хронических заболеваний (вакцинацию проводят через 2-4 недели после выздоровления или ремиссии);

- беременность и период грудного вскармливания;

- возраст до 18 лет.

3. Перед проведением вакцинации необходим обязательный осмотр врача с измерением температуры, сбором эпидемиологического анамнеза, измерением сатурации, осмотром зева, на основании которых врач-специалист определяет отсутствие или наличие противопоказаний к вакцинации.

Врач расскажет Вам о возможных реакциях на вакцинацию и поможет заполнить информированное добровольное согласие на проведение вакцинации.

4.Вакцинацию проводят в два этапа: вначале вводят компонент I в дозе 0,5 мл. Препарат вводят внутримышечно. На 21 день вводят компонент II в дозе 0,5 мл. Препарат вводят внутримышечно.

5. В течение 30 мин после вакцинации просим Вас оставаться в медицинской организации для предупреждения возможных аллергических реакций.

6. После проведения вакцинации в первые – вторые сутки могут развиваться и разрешаются в течение трех последующих дней кратковременные общие (непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, артралгией, миалгией, астенией, общим недомоганием, головной болью) и местные (болезненность в месте инъекции, гиперемия, отечность) реакции. Реже отмечаются тошнота, диспепсия, снижение аппетита, иногда – увеличение регионарных лимфоузлов. Возможно развитие аллергических реакций.

***Рекомендуется*** в течение 3-х дней после вакцинации не мочить место инъекции, не посещать сауну, баню, не принимать алкоголь, избегать чрезмерных физических нагрузок. При покраснении, отечности, болезненности места вакцинации принять антигистаминные средства. При повышении температуры тела после вакцинации – нестероидные противовоспалительные средства.

***Вакцина против COVID-19 не отменяет для привитого пациента необходимость носить маски и перчатки, а также соблюдать социальную дистанцию.***

При возникновении каких-либо симптомов, перечисленных в пункте 6 просим связаться с нашим дежурным врачом по телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Так же уведомляем Вас о том, что наш дежурный врач будет с этого номера телефона совершать Вам звонки на протяжении первых 3-х дней после вакцинации.

Приглашаем Вас пройти вакцинацию вторым компонентом (число, месяц, год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_