

Добровольное информированное согласие

на проведение вакцинации **ЭпиВакКорона**, **Гам-Ковид-Вак**, **КовиВак**, или отказ от нее.

(нужное подчеркнуть)

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____, 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-CoV2. 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 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**, **Гам-Ковид-Вак**, **КовиВак** 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 **ЭпиВакКорона**, **Гам-Ковид-Вак**, **КовиВак** Комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____ (добровольно соглашаюсь(отказываюсь) от проведения вакцинации **ЭпиВакКорона**, **Гам-Ковид-Вак**, **КовиВак** комбинированной векторной вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2).

Дата "___" _____ 202___ г.

(подпись)

Врач _____

(ФИО)

(подпись)