

**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 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

Дата, подпись \_\_\_\_\_

**Общие сведения о вакцинированном лице**  
**Заполнять печатными буквами, разборчивым почерком**

<b>Фамилия, Имя, Отчество</b>	
<b>Дата рождения</b>	
<b>СНИЛС: номер</b>	
<b>Адрес</b>	
<b>Телефон</b>	
<b>Место работы</b>	
<b>Номер амбулаторной карты (заполняется мед.работником)</b>	