

Имя и фамилия:	
Дата рождения:	Место рождения
Место жительства:	Телефон:
Медицинская карточка (при наличии) Код налогоплательщика	

Я прочитал(а), мне объяснили на понятном мне языке и я полностью понял(а) Информационное уведомление, составленное Итальянским агентством по лекарственным средствам (AIFA), о вакцине: “ .....

Я сообщил(а) врачу обо всех текущих и/или перенесенных патологиях и о их текущем лечении. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о вакцине и о состоянии моего здоровья, на которые я получил(а) исчерпывающие ответы, смысл которых мне понятен. Меня проинформировали понятными мне словами. Мне понятны преимущества и риски вакцинации, способ применения и терапевтические альтернативы, а также последствия, которые могут возникнуть в связи с отказом или отказом от завершения вакцинации второй дозой, если она запланирована.

Я понимаю, что в случае возникновения каких-либо побочных эффектов я буду обязан(а) немедленно сообщить об этом своего лечащего врача и следовать его указаниям.

Я согласен/согласна оставаться в зале ожидания не менее **15 минут** после введения вакцины, чтобы убедиться в отсутствии немедленных побочных реакций.

<b>Я ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ И РАЗРЕШАЮ</b> на введение вакцины .....	<b>Я ОТКАЗЫВАЮСЬ</b> от введения вакцины .....
<b>Дата и место:</b>	<b>Дата и место:</b>
<b>Подпись</b> прививаемого или его законного представителя .....	<b>Подпись</b> лица, отказавшегося от вакцины или его законного представителя .....

**Информационное уведомление родственникам лиц, не способных выразить согласие (Закон от 29 января 2021г., №.6)**

Пациент не способен выразить действенное согласие. В целях охраны его здоровья, учитывая показания к вакцинации, решение о проведении вакцинации против Covid-19 согласовывается с ответственным членом семьи. *Смотрите Форму для информирования членов семьи о предлагаемой вакцинации против COVID19*

**Дата и место:**..... **Подпись родственника:**.....

**Медицинские специалисты бригады вакцинаторов**

<b>1. Имя, фамилия и должность</b>	<b>2. Имя, фамилия и должность</b>
Я подтверждаю, что прививаемый дал согласие на вакцинацию после того, как был надлежащим образом проинформирован <b>Подпись:</b>	Я подтверждаю, что прививаемый дал согласие на вакцинацию после того, как был надлежащим образом проинформирован <b>Подпись:</b>

Присутствие второго медицинского работника является полезным, но не обязательным в случае вакцинации на дому или при логистических и организационных трудностях

**Оперативные сведения о вакцинации**

	Место инъекции		№ партии	Срок годности	Место проведения	Дата и время	Подпись медицинского работника
<b>1-я доза</b>	Правое плечо	Левое плечо					
<b>2-я доза</b>	Правое плечо	Левое плечо					

**ВАКЦИНАЦИЯ ANTI-SARS-CoV-2/COVID-19 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЕРЕД ПРИВИВКОЙ**

Заполняется прививаемым лицом и рассматривается медицинскими работниками, проводящими вакцинацию

Имя и фамилия: .....		Телефон: .....		
Дата и место рождения: .....		.....		
<b>АНАМНЕЗ</b>		<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>	<b>Я не знаю</b>
Болеете ли Вы сейчас?				
У Вас температура?				
Есть ли у вас аллергия на латекс, какие-либо продукты питания, лекарства или компоненты вакцины? Если да, укажите на что именно: .....				
Возникла ли у Вас когда-нибудь тяжелая реакция после получения вакцины?				
Страдаете ли Вы сердечными или легочными заболеваниями, астмой, почечными заболеваниями, диабетом, анемией или другими заболеваниями крови?				
Находитесь ли Вы в состоянии ослабленной иммунной системы? (Например: рак, лейкемия, лимфома, ВИЧ/СПИД, трансплантация)				
В течение последних 3 месяцев Вы принимали препараты, ослабляющие иммунную систему (например: кортизон, преднизолон или другие стероиды), противоопухолевые препараты или проходили лучевую терапию?				
В последний год получали ли Вы переливание крови, продукты крови, или иммуноглобулины (гамма) либо противовирусные препараты?				
Случались ли у Вас судорожные припадки или какие-либо проблемы с головным мозгом или нервной системой?				
Делали ли Вам за последние 4 недели какие-либо прививки? Если да, какие? .....				
Принимаете ли Вы антикоагулянтные лекарственные препараты?				
Укажите ниже лекарства, а также любые натуральные добавки, витамины, минералы или альтернативные лекарства, которые вы принимаете: .....				
<b>ДЛЯ ЖЕНЩИН:</b>		<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>	<b>Я не знаю</b>
Вы беременны или планируете забеременеть в течение месяца после первого или второго введения вакцины?				
Вы кормите грудью?				
<b>АНАМНЕЗ, СВЯЗАННЫЙ С КОВИДОМ</b>		<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>	<b>Я не знаю</b>
За последний месяц вы <b>контактировали</b> с человеком, инфицированным Sars-CoV2 или болеющим COVID-19?				
Вы испытываете любой из следующих симптомов:				
- Кашель/простуда/температура/одышка или гриппоподобные симптомы?				
- Боль в горле/потеря обоняния или вкуса?				
- Боль в брюшной полости/диарея?				
- Ненормальные синяки или кровотечение/покраснение глаз?				
Совершали ли Вы в течение последнего месяца какие-либо международные поездки?				
<b>ТЕСТ НА COVID-19</b>				
<input type="checkbox"/> Отсутствие недавнего теста на COVID-19				
<input type="checkbox"/> Тест на COVID-19 отрицательный (Дата: .....)				
<input type="checkbox"/> Тест на COVID-19 положительный (Дата:.....)				
<input type="checkbox"/> В ожидании теста на COVID-19 (Дата:.....)				
Сообщите о любых других заболеваниях или полезной информации о своем здоровье: .....				
<b>Дата и место</b>		<b>Подпись</b> прививаемого или его/ее законного представителя		