

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/пневмококка или другие прививки?		
Если "да" указать дату _____		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания?		
Указать какие _____		

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

## 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 иммуноглобулинов классов G и M к вирусу SARS-CoV-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 (и после введения 1 компонента и после введения 2 компонента) 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, отёчность) 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.

## Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19

1.	Дата осмотра	
2.	ФИО пациента полностью Дата рождения	
3.	Температура тела	
4.	Общее состояние	(Не) удовлетворительное
5.	Легкие (нужное подчеркнуть)	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 (нужное подчеркнуть)	Да, нет
11.	Болел COVID-19? (нужное подчеркнуть)	Да, нет
12.	Прививка от гриппа?/Пневмококка? (нужное подчеркнуть) Реакция на предыдущие вакцины (описать)	Да, нет
13.	Аллергические реакции (нужное подчеркнуть)	Нет Да (описать какие)
14.	Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):	
	14.1. Хронические заболевания bronхолегочной системы 14.2. Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы 14.3. Хронические заболевания эндокринной системы 14.4. Онкологические заболевания 14.5. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека 14.6. Туберкулез	
15.	Иные	
16.	Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации Препарат Лекарственная форма Дозировка Суточная доза Продолжительность приема (в днях)	
17.	Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты?	

Заключение:

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

Врач

\_\_\_\_\_  
ФИО\_\_\_\_\_  
подпись

**"Гам-КОВИД-Вак" - комбинированная векторная вакцина для профилактики  
коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2**

Вакцинация проводится в два этапа:

I компонент (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

II компонент (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

Возможные побочные действия:

После 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, отёчность) 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.

**"Гам-КОВИД-Вак" - комбинированная векторная вакцина для профилактики  
коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2**

Вакцинация проводится в два этапа:

I компонент (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

II компонент (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

Возможные побочные действия:

После 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, отёчность) 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.

Приложение № 14  
Утверждено  
приказом главного врача БУЗОО "ГБ № 2"  
№ 78 от 28.02.2018г.

**Письменное согласие пациента на обработку и передачу его персональных данных  
третьей стороне**

\_\_\_\_\_ года рождения,

(Ф.И.О.пациента)

\_\_\_\_\_

па \_\_\_\_\_ н \_\_\_\_\_

спорт: серия \_\_\_\_\_ омер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата, наименование выдавшего органа)

в соответствии со ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю свое согласие на обработку и передачу бюджетным учреждением здравоохранения Омской области «Городская больница № 2», 644021, г. Омск, ул. 3-я Транспортная, д. 1 (далее - Медицинская организация), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, следующим лицам

\_\_\_\_\_ (указываются Ф.И.О. физического лица или наименование организации, которым сообщаются данные)

в \_\_\_\_\_  
целях \_\_\_\_\_

Подтверждаю, что права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены, а также право Медицинской организации обрабатывать (в том числе и передавать) часть моих персональных данных без моего согласия, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Согласие может быть отозвано на основании письменного заявления.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(подпись) (расшифровка)

Телефон:  
СНИЛС:  
ПОЛИС