

## ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение вакцинации \_\_\_\_\_ или отказ от нее.  
(наименование вакцины)

Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_  
(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 биотехническим путем, при котором не используется патогенный для человека вирус 8AK8-CoV-2. Препарат состоит из двух компонентов: компонент Г и компонент И;

б) о необходимости проведения профилактической вакцинации, 2 этапах вакцинации и противопоказаний 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<sup>ТМ</sup>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(ая) \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Дата \_\_\_\_\_