

Форма предварительного медицинского осмотра для вакцинации от COVID-19

- Я получил(-а) полную информацию о профилактической вакцинации от коронавирусной инфекции (далее COVID-19) и возможных побочных реакциях после вакцинации. Я согласен(на) на вакцинацию в соответствии с заключением врача по результатам предварительного медицинского осмотра. ☐ согласие ☐ нединамичная
- Если Вы согласны пройти вакцинацию от COVID-19, для её безопасного проведения внимательно прочитайте следующие вопросы, ответьте на них и поставьте отметку в поле «Я подтверждаю» (подтверждено официальным представителем / опекуном).

ФИ		Регистрационный номер резидента (регистрационный номер иностранца)		Пол	
Номер телефона	(домашний) (мобильный)				
Согласие на обработку персональных данных для проведения вакцинации				Я подтверждаю / подтверждено официальным представителем / подтверждено опекуном. <input type="checkbox"/>	
<p>Персональные данные и конфиденциальная информация, в том числе регистрационный номер резидента, собираются в соответствии со ст. 33.4 Закона «О контроле и профилактике инфекционных заболеваний» и ст. 32.4 Указа об исполнении данного Закона. Дополнительно собираются следующие данные:</p> <ul style="list-style-type: none">Цель сбора и использования персональных данных: отправка сообщений о следующем проведении прививки, завершении вакцинации, поствакцинальных реакциях и так далее.Собираемые и используемые персональные данные: персональные данные (в том числе конфиденциальная информация и регистрационный номер резидента), номер телефона (домашний/мобильный)Срок хранения и использования персональных данных: 5 лет					
1. Я согласен(на) с предварительной проверкой прививочного анамнеза перед вакцинацией от COVID-19 через «систему контроля вакцинации от COVID-19». * При несогласии с предварительной проверкой прививочного анамнеза возможно введение ненужной дополнительной прививки или другого типа вакцины.					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Я согласен(на) получать на мобильный телефон сообщения с информацией о следующей прививке и завершении и вакцинации от COVID-19. * Если Вы не согласны получать текстовые сообщения, Вы не сможете получить информацию о пунктах, с которыми не согласны.					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Я согласен(-на) получать текстовые сообщения, связанные с возможным возникновением поствакцинальных побочных реакций. * Если Вы не согласны получать текстовые сообщения, Вы не сможете получить информацию о пунктах, с которыми не согласны.					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Подтверждение согласия на вакцинацию				Я подтверждаю / подтверждено официальным представителем / подтверждено опекуном. <input type="checkbox"/>	
① (Для женщин) Наличие беременности в данный момент.					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
② Есть ли у Вас болевые ощущения, которых не было раньше? Укажите симптомы.					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
③ Был ли у Вас диагноз COVID-19 ранее? Если «Да», укажите дату постановки диагноза. ((год). (месяц). (день))					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
④ Получали ли Вы какие-либо прививки за последние 14 дней (кроме вакцины от COVID-19)?					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
⑤ Получали ли Вы прививку от COVID-19? ► Если «Нет», перейдите к вопросу номер ⑥. Если «Да», укажите дату прививки. (Дата прививки:)					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
⑤ - 1 Были ли у Вас тяжелые аллергические реакции на вакцину от COVID-19 (анафилаксия: шок, одышка, потеря сознания, отек губ или полости рта и т.д.) и получали ли Вы лечение в таких случаях? (Типы вакцин, вызвавшие тяжелые аллергические реакции:)					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
⑥ Получали ли Вы в прошлом лечение тяжелых аллергических реакций (анафилаксия: шок, одышка, потеря сознания, отек губ или полости рта и т.д.)? Если «да» и если Вы знаете, какие вещества способны вызвать у Вас тяжелые аллергические реакции, укажите их.					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
⑦ Есть ли у Вас нарушение свертываемости крови? Принимаете ли Вы антикоагулянты? Если «да», укажите название болезни или лекарственных средств. ()					
Ваши (официальный представитель / опекун) ФИО: (подпись) Отношения с вакцинируемым лицом:					
Заключение врача по результатам предварительного медицинского осмотра (поля заполняются врачом)					подтверждение
Температура тела:		После вакцинации Я объяснил(-ла) о возможных побочных реакциях.			<input type="checkbox"/>
Я объяснил(-ла), что после проведения вакцинации следует оставаться в медицинской организации в течение 15-30 минут для мониторинга за поствакцинальными реакциями.					<input type="checkbox"/>
Заключение врача	можно вакцинировать				
	следует отложить вакцинацию (причина:)				
	вакцинация противопоказана (причина:)				
Подтверждаю, что консультация и медицинский осмотр проведены.					Подпись врача
Поле заполняется медицинским работником, проводящим вакцинацию					
Название предприятия производства препарата		Номер серии вакцины		Место введения вакцины	
				<input type="checkbox"/> левое плечо <input type="checkbox"/> правое плеч	
ФИО медицинского работника, проводящего вакцинацию. (подпись)					