

**ОСМОТР ВРАЧА ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ ОТ COVID-19**

1.	Дата осмотра	
2.	ФИО пациента полностью	
3.	Дата рождения	
4.	Температура тела	(Не) удовлетворительное
5.	Общее состояние	Дыхание везикулярное, жесткое
6.	Легкие (нужное подчеркнуть)	Хрипы: нет
7.	ЧДД	
8.	Сатурация	
9.	Сердце (нужное подчеркнуть)	Тоны: ясные, приглушены, глухие. Ритм: правильный, аритмичный
10.	ЧСС, АД	
11.	Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть)	Да, нет
12.	Болеет COVID-19? (нужное подчеркнуть)	Да, нет.
13.	Прививка от гриппа? /Пневмококка? (нужное подчеркнуть) COVID --19	Да, нет
14.	Реакция на предыдущие вакцины (описать)	Дата проведения
15.	Аллергические реакции	Нет, Да (описать какие)
16.	Наличие сопутствующих заболеваний	
17.	Хронические заболевания бронхолегочной системы	
18.	Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы	
19.	Хронические заболевания эндокринной системы	
20.	Онкологические заболевания	
21.	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита	
22.	Туберкулез	
23.	Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации	
24.	Препарат	
25.	Лекарственная форма	
26.	Дозировка	
27.	Суточная доза	
28.	Продолжительность приема (в днях)	
29.	Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты?	

**Заключение: Противопоказаний для проведения вакцинации на момент осмотра не выявлено.**

ФИО врача \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**ОСМОТР ВРАЧА ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ ОТ COVID-19**

1.	Дата осмотра	
2.	ФИО пациента полностью	
3.	Дата рождения	
4.	Температура тела	(Не) удовлетворительное
5.	Общее состояние	Дыхание везикулярное, жесткое
6.	Легкие (нужное подчеркнуть)	Хрипы: нет
7.	ЧДД	
8.	Сатурация	
9.	Сердце (нужное подчеркнуть)	Тоны: ясные, приглушены, глухие. Ритм: правильный, аритмичный
10.	ЧСС, АД	
11.	Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть)	Да, нет
12.	Болеет COVID-19? (нужное подчеркнуть)	Да, нет.
13.	Прививка от гриппа? /Пневмококка? (нужное подчеркнуть) COVID --19	Да, нет
14.	Реакция на предыдущие вакцины (описать)	Дата проведения
15.	Аллергические реакции	Нет, Да (описать какие)
16.	Наличие сопутствующих заболеваний	
17.	Хронические заболевания бронхолегочной системы	
18.	Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы	
19.	Хронические заболевания эндокринной системы	
20.	Онкологические заболевания	
21.	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита	
22.	Туберкулез	
23.	Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации	
24.	Препарат	
25.	Лекарственная форма	
26.	Дозировка	
27.	Суточная доза	
28.	Продолжительность приема (в днях)	
29.	Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты?	

**Заключение: Противопоказаний для проведения вакцинации на момент осмотра не выявлено.**

ФИО врача \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

## Информированное согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных гражданах: Я, паспорт: \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_, являюсь законным представителем (опекуном, попечителем) лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г., статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я подтверждаю свое согласие на обработку (а также иные операции с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (указанным в настоящем информированном согласии организацией), обезличивание, блокирование, уничтожение) ПБУЗ СК «СЖКМПЦ», находящейся по адресу 355021, Ставрополь г., Тюльпановая, д. 12/2 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или - при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие способы обработки персональных данных: с использованием бумажных носителей, в информационном системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я предоставляю Оператору право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включенная в список (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (примен и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией; организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по защищенному каналу связи и (или) документу на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я предоставляю Оператору право на обмен (примен и передачу) всеми моими персональными данными со страховыми организациями, территориальным фондом ОМС, Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным сегментом Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, с ООО «Медицина ИТ», Министерством Здравоохранения Ставропольского края, с ПБУЗ СК «МИАЦ», а также с иными подведомственными Министерству Здравоохранения Ставропольского края медицинскими организациями, с использованием машинных носителей или по защищенному каналу связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право уполномоченным медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и дальнейшего ведения учета Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет - для поликлиники. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных

Дата: \_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №390н (зарегистрированном Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (далее Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (нужное зачеркнуть) в \_\_\_\_\_

ПБУЗ СК «СЖКМПЦ»

(наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

должность, Ф.И.О. медицинского работника

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею права отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26 ст. 3442; 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 Статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Ф.И.О. гражданина, контактный телефон

Подпись

Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина

Ф.И.О. медицинского работника

Дата оформления

# Анкета

ФИО	ДА	НЕТ
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)		
<b>Для женщин</b>		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		
<b>Последние 14 дней отмечались ли у Вас:</b>		
• Повышение температуры		
• Боль в горле		
• Потеря обоняния		
• Насморк		
• Потеря вкуса		
• Кашель		
• Затруднение дыхания		
Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка или COVID-19 Если «Да» указать дату		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания. Указать какие		
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней		
Принимаете ли Вы преднизолон?		
Принимаете ли Вы противовирусные препараты?		
Принимаете ли Вы противовирусные препараты?		
Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение последнего года?		
Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		

ФИО \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

ФИО врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

## ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ВАКЦИНАЦИИ

1. Я, нижеподписавшийся(аясь) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая вакцинация - это введение в организм человека медицинского иммунологического 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 осложнений (общих: непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризирующийся 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 - медицинского обследования);

д) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я имею(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической вакцинации и вакцинации 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 вакциной для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Я, нижеподписавшийся(аясь) \_\_\_\_\_

добровольно соглашаюсь на проведение вакцинации от новой коронавирусной инфекции

вакциной \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

ФИО врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_