

ГБУЗ СО «ЦГБ №7»
Информированное согласие пациента на вакцинацию

Мне, _____

_____ года рождения), разъяснены смысл и цели вакцинации: _____

(указать заболевание и наименование вакцины)

Я предупрежден о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации. Необходимости в более подробном изложении данных сведений нет.

Мне разъяснено, что я обязан сообщить врачу перед проведением вакцинации:

- о наличии у меня каких-либо жалоб на здоровье: наличие температуры, болей, озноба, слабости _____
- о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов _____
- о предшествующих вакцинациях, о наличии сильных реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин;
- обо всех перенесенных мною заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах
- об употреблении алкоголя, наркотических и токсикологических средств;
- о дате выздоровления после какой-либо болезни.

Полностью ясными для меня являются следующие положения:

1. Вакцинация - это профилактическое медицинское вмешательство, которое снижает риск развития заболевания в течении определенного времени с момента вакцинации.
2. Во время данного медицинского вмешательства могут возникнуть обстоятельства препятствующие его выполнению. В такой ситуации врач должен поступить в соответствии с его профессиональным суждением и согласно возникшим обстоятельствам.
3. Мне ясно и я принимаю тот факт, что после вакцинации могут наблюдаться реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие). В этом случае мне необходимо обратиться на прием к врачу в прививочный кабинет.
4. Мне ясно, что могут возникнуть поствакцинальные осложнения - шок, аллергические реакции и др. Поствакцинальные осложнения возникают крайне редко, но вероятность их возникновения значительно ниже, чем вероятность неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.

В случае ухудшения состояния моего здоровья прошу сообщить:

(Ф.И.О.)

По телефону _____, адресу _____

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, что полученные сведения меня удовлетворяют, что мне понятно назначение данного документа и я добровольно даю согласие на проведение вакцинации.

Дата _____

Пациент _____

Врач _____