

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на  
проведение вакцинации (или отказ от нее)**

\_\_\_\_\_ (наименование вакцины)

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

(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 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 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-х последующих дней;

г) о необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением этапов вакцинации (а при необходимости — медицинское обследование);

д) о выполнении предписаний медицинских работников.

*Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической вакцинации **Гам-КОВИД-В**, комбинированной векторной вакциной на основе пептидных антигенов для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение вакцинации **Гам-КОВИД-Вак** Комбинированной векторной вакциной на основе пептидных антигенов для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.*

Я ниже подписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

*(добровольно соглашаюсь (отказываюсь) от проведения вакцинации **Гам-КОВИД-Вак**, комбинированной векторной вакциной на основе пептидных антигенов для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2)*

Пациент \_\_\_\_\_  
(подпись)

Врач \_\_\_\_\_  
(подпись)