

**Вакцинація від COVID-19
Бланк інформованої згоди**

Ім'я та прізвище:	
Дата народження:	Місце народження:
Місце проживання:	Телефон:
Медична картка (за наявності) Код платника податків	

Я прочитав(-ла), мені пояснили зрозумілою мені мовою і я повністю зрозумів(-ла) інформаційне повідомлення, складене Італійським агентством з лікарських засобів (AIFA), про вакцину: "....."

Я повідомив(-ла) лікаря про всі поточні та/або перенесені патології та про їх поточне лікування. Мені було надано можливість поставити запитання про вакцину та стан мого здоров'я, на які я отримав(-ла) вичерпні відповіді, сенс яких мені зрозумілий. Мене поінформували зрозумілими мені словами. Мені зрозумілі переваги та ризики вакцинації, спосіб застосування та терапевтичні альтернативи, а також наслідки, які можуть виникнути через відмову від вакцини або відмову від завершення вакцинації другою дозою, якщо вона запланована.

Я розумію, що у разі виникнення будь-яких побічних дій я буду зобов'язаний(а) негайно повідомити про це свого лікаря і дотримуватися його вказівок.

Я згоден/згодна залишатися в залі очікування не менше **15 хвилин** після введення вакцини, щоб переконатися у відсутності негайних побічних реакцій.

Я ВИСЛОВЛЮЮ ЗГОДУ ТА НАДАЮ ДОЗВІЛ на введення вакцини	Я ВІДМОВЛЯЮСЬ від введення вакцини
Дата та місце:	Дата та місце:
Підпис вакцинованої особи або її законного представника	Підпис особи, яка відмовилася від вакцини або її законного представника
Інформаційне повідомлення родичам осіб, які не здатні висловити згоду (Закон від 29 січня 2021 р., №6)	
<input type="checkbox"/> Пацієнт не здатний висловити дієву згоду. З метою охорони його здоров'я, з огляду на показання до вакцинації, рішення про проведення вакцинації проти Covid-19 узгоджується з відповідальним членом родини. Дивіться Форму для інформування членів родини про запропоновану вакцинацію проти COVID19.	
Дата та місце: Підпис родича:	

М е д и ч н і ф а х і в ц і б р и г а д и в а к ц и н а т о р і в

1. Ім'я, прізвище та посада	2. Ім'я, прізвище та посада
Я підтверджую, що вакцинований надав згоду на вакцинацію після того, як був належним чином поінформований. Підпис:	Я підтверджую, що вакцинований надав згоду на вакцинацію після того, як був належним чином поінформований. Підпис:

Присутність другого медичного працівника є корисною, але не обов'язковою у разі вакцинації вдома або за логістичних та організаційних труднощів

О п е р а т и в н і д а н і п р о в а к ц и н а ц і ю

	Місце ін'єкції		№ партії	Термін придатності	Місце проведення	Дата та час	Підпис медичного працівника
1-а доза	Праве плече	Ліве плече					
2-а доза	Праве плече	Ліве плече					

**Вакцинація від COVID-19
БЛАНК ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ ПЕРЕД ЩЕПЛЕННЯМ**

**ВАКЦИНАЦІЯ ANTI-SARS-CoV-2/COVID-19 ОЦІНКА СТАНУ ПЕРЕД
ЩЕПЛЕННЯМ**

Заповнюється вакцинованою особою та розглядається медичними працівниками, які проводять вакцинацію

Ім'я та прізвище:.....		Телефон:.....		
Дата та місце народження:		
АНАМНЕЗ		ТАК	НІ	Я не знаю
Чи хворієте Ви зараз?				
У Вас температура?				
Чи є у вас алергія на латекс, якісь продукти харчування, ліки чи компоненти вакцини? Якщо так, вкажіть на що саме:				
Чи виникала у Вас колись важка реакція на щеплення?				
Чи страждаєте Ви на серцеві або легеневі захворювання, астму, ниркові захворювання, діабет, анемію або інші захворювання крові?				
Чи знаходитесь Ви в стані ослабленої імунної системи? (Наприклад, через рак, лейкемію, лімфому, ВІЛ/СНІД, трансплантацію)				
Чи протягом останніх 3 місяців Ви приймали препарати, що послаблюють імунну систему (наприклад: кортизон, преднізолон або інші стероїди), протипухлинні препарати або проходили променеву терапію?				
Чи протягом останнього року Вам робили переливання крові, чи отримували Ви препарати крові, імуноглобуліни (гамма) або противірусні препарати?				
Чи траплялися у Вас судомні напади або якісь проблеми з головним мозком чи нервовою системою?				
Чи робили Вам за останні 4 тижні якісь щеплення? Якщо так, то які?				
Чи приймаєте Ви антикоагулянтні лікарські препарати?				
Вкажіть нижче ліки, а також будь-які натуральні добавки, вітаміни, мінерали або альтернативні ліки, які ви приймаєте:				
ДЛЯ ЖІНОК:		ТАК	НІ	Я не знаю
Ви вагітні чи плануєте завагітніти протягом місяця після першого чи другого введення вакцини?				
Ви годуєте грудьми?				
АНАМНЕЗ, ПОВ'ЯЗАНИЙ З КОВІДОМ		ТАК	НІ	Я не знаю
За останній місяць ви <u>к о н т а к т у в а л и</u> з людиною, інфікованою Sars-CoV2				
Ви відчуваєте будь-який з наступних симптомів:				
- Кашель/застуда/температура/задишка чи грипоподібні симптоми?				
- Біль у горлі/втрата нюху чи смаку?				
- Біль у черевній порожнині/діарея?				
- Ненормальні синці чи кровотеча/почервоніння очей?				
Чи подорожували Ви за кордон протягом останнього місяця?				
ТЕСТ НА COVID-19				
<input type="checkbox"/> Відсутність недавнього тесту на COVID-19				
<input type="checkbox"/> Тест на COVID-19 негативний (Дата:)				
<input type="checkbox"/> Тест на COVID-19 позитивний (Дата:)				
<input type="checkbox"/> В очікуванні тесту на COVID-19 (Дата:.....)				
Повідомте про будь-які інші захворювання або корисну інформацію про своє здоров'я:				
Дата та місце		Підпис вакцинованої особи або її законного представника		