

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.

<b>Я ВИСЛОВЛЮЮ ЗГОДУ ТА НАДАЮ ДОЗВІЛ</b> на введення вакцини	<b>Я ВІДМОВЛЯЮСЬ</b> від введення вакцини
.....	.....
<b>Дата та місце:</b>	<b>Дата та місце:</b>
<b>Підпис</b> вакцинованої особи або її законного представника	<b>Підпис</b> особи, яка відмовилася від вакцини або її законного представника
.....	.....
<b>Інформаційне повідомлення родичам осіб, які не здатні висловити згоду (Закон від 29 січня 2021 р., №.6)</b>	
<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.	
<b>Дата та місце:</b> ..... <b>Підпис родича:</b> .....	

**Медичні фахівці бригади вакцинаторів**

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

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

**Оперативні дані про вакцинацію**

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

**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: .....		.....		
<b>АНАМНЕЗ</b>		<b>ТАК</b>	<b>НІ</b>	<b>Я не знаю</b>
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: .....				
<b>ДЛЯ ЖІНОК:</b>		<b>ТАК</b>	<b>НІ</b>	<b>Я не знаю</b>
Ви вагітні чи плануєте завагітніти протягом місяця після першого чи другого введення вакцини?				
Ви годуєте грудьми?				
<b>АНАМНЕЗ, ПОВ'ЯЗАНИЙ З КОВІДОМ</b>		<b>ТАК</b>	<b>НІ</b>	<b>Я не знаю</b>
За останній місяць ви <b>контактували</b> з людиною, інфікованою Sars-CoV2 або хворою на COVID-19?				
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?				
<b>ТЕСТ НА COVID-19</b>				
<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: .....				
<b>Дата та місце</b>		<b>Підпис</b> вакцинованої особи або її законного представника		