

Учреждение, предоставляющее медицинское обслуживание (заполнить) **Oravská poliklinika**

Разъяснение и письменное согласие пациента согласно § 6 закона № 576/2004 Св.з. о медицинском обслуживании, услугах, связанных с предоставлением медицинского обслуживания, а также об изменениях и дополнениях некоторых законов в последней редакции

Имя и фамилия лица, которому будет предоставлено медицинское обслуживание	
Персональный номер	
Адрес (улица, № дома, город, индекс)	
Номер телефона / e-mail (на случай необходимости приглашение на дополнительное обследование)	

Новые жалобы или проявления заболевания, а также иные анамнестические данные:

.....
.....

Предлагаемая (планируемая) профилактика:

Вакцинация по двухдозовой схеме в два приема, по однодозовой схеме - в один прием. Вакцина может быть белком вируса, ослабленный вирус, вызывающий кратковременное образование белка вируса, mRNA – неядерная РНК, кодирующая белки вируса. Вакцинацию можно обозначить как представление вируса для иммунной системы пациента, индуцирующего выработку антител и включающего другие механизмы, которые в последующем защищают от возникновения болезни.

Дополнительная третья доза для лиц с ослабленным иммунитетом входит в базовый график вакцинации и проводится с помощью мРНК-вакцин. Бустерная доза вакцины против COVID-19 для остальных лиц возможна в случае двухдозовой схемы не ранее, чем через 3 месяца после вакцинирования второй дозой, а в случае однодозовой схемы не ранее, чем через 8 недель после вакцинирования.

Я, нижеподписавшийся/аяся
своей подписью подтверждаю, что я был/а проинформирован/а о характере предлагаемой **вакцинации**, которую я прохожу с целью профилактики, а также о ее возможных последствиях и рисках (побочные эффекты вакцины описаны в «Информации для пользователя» на сайте www.sukl.sk, а также в пунктах вакцинирования..... (дополнить пункт вакцинирования).

Также я получил/а разъяснения о возможности выбора предлагаемой профилактики и о рисках в случае отказа от нее. Разъяснения были даны понятно, внимательно, без давления, с возможностью свободно принять решение. Разъяснения я понял/а.

Также я подтверждаю, что я был/а проинформирован/а о возможных противопоказаниях к введению вакцины, например, повышенная чувствительность к какому-либо из компонентов вакцины или острая лихорадка. Более подробную информацию о вакцине можно найти в «Информации для пользователя» на сайте www.sukl.sk а также в пунктах вакцинирования..... (дополнить пункт вакцинирования).

Своей подписью я подтверждаю, что с предлагаемой профилактикой я **СОГЛАСЕН – НЕ СОГЛАСЕН**¹. Данное согласие я даю осознанно и не под давлением.

Если вышеуказанные предлагаемые профилактические действия невозможно было выполнить из-за недостатка мест в..... (дополнить пункт вакцинирования) безотлагательно, то я заявляю, что, несмотря на возможности пройти вышеуказанные процедуры в других медицинских учреждениях, я настаиваю на выполнении предметных действий в (дополнить пункт вакцинирования) и готов/а ждать до даты, на которую я записан/а.

город дата время

.....

подпись и отпечаток печати врача

.....

подпись лица, которому предоставляется медицинское обслуживание/законного представителя

¹ ненужное зачеркнуть



Министерство здравоохранения
Словацкой Республики

**АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ АНКЕТА
ДЛЯ ПАЦИЕНТА**

Oravská poliklinika Námestovo, Červeného kríža 62/30, 029 01 Námestovo

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Имя:	Фамилия:	Персональный номер:
------	----------	---------------------

Дата и время вакцинации:

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

ВОПРОС	ДА	НЕТ
Есть ли у Вас симптомы острого заболевания (температура выше 37°C, продуктивный кашель, кашель с выделением мокроты, слабость, суставные и мышечные боли, недомогание, инфекционная диарея, боль в горле)?		
Есть ли у Вас серьезное заболевание, которое в прошлом могло бы быть рассмотрено как возможное препятствие (противопоказание) для вакцинации (напр., аутоиммунное заболевание, демиелинизирующее заболевание)?		
Была ли у Вас серьезная аллергическая реакция в прошлом (напр., анафилактический шок)?		
Были ли у Вас когда-нибудь в прошлом серьезные побочные эффекты после вакцинации?		
Есть ли у Вас серьезное нарушение свертываемости крови (напр., тяжелая форма гемофилии)?		
Вы беременны?		

Дата:	Подпись вакцинируемого / вакцинируемой :
-------	---

Дата:	Подпись вакцинирующего медработника:
-------	--------------------------------------