

## Анкетирование при вакцинации

Регистрационный номер иностранного гражданина	-	( <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен)	Телефон
ФИО			Вес <span style="float: right;">кг</span>
Адрес			

Предварительная информация о вакцинируемом	Родитель(Опекун)/вакцинируемый <input checked="" type="checkbox"/>
Болеете ли Вы сегодня? Если да, то опишите симптомы. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Была ли у Вас аллергическая реакция в виде зуда или сыпи после приема лекарственных препаратов, на продукты питания (включая яйца) или после прививок?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Были ли в прошлом какие-либо осложнения после прививок? Если да, то укажите вид вакцины. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Диагностировались ли Вы или проходили лечение по таким заболеваниям, как врожденная патология, астма, заболевание легких, сердца, почек, печени, эндокринные заболевания (например, диабет) или заболевания крови? Если да, то укажите вид заболевания. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Были ли у Вас приступы судороги или другие нарушения нервной системы головного мозга (включая Синдром Гийена-Барре)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у Вас диагноз онкологии, лейкемии или другие нарушения иммунной системы? Если да, то напишите название. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Принимали ли Вы в течении последних 3 месяцев препараты Кортизон, Преднизон или другие гормональные препараты, а также химиотерапевтические препараты, или проходили ли лучевую терапию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Делали ли Вы за последний год переливание крови или ее компонентов; вводился ли Вам иммуно (гамма) глобулин?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Делали ли Вы за последний месяц какую-либо прививку? Если да, то укажите от чего ( _____ )	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
(Для женщин) Беременны ли Вы или есть ли вероятность беременности в течении последующего месяца?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

После полученной информации о результатах, возможных рисках и побочных действиях настоящим даю свое согласие на проведение вакцинации.

Имя родителя (опекуна)/вакцинируемого: \_\_\_\_\_ (Подпись) \_\_\_\_\_

Родственные отношения с пациентом: \_\_\_\_\_

Год \_\_\_\_\_ Месяц \_\_\_\_\_ День \_\_\_\_\_

※ Даю согласие на получение СМС-сообщений о подтверждении вакцинации и графике следующей прививки

(Номер телефона: \_\_\_\_\_ )

Результаты предварительного скрининга (заполняется терапевтом)	Отметьте <input checked="" type="checkbox"/>
Температура тела : _____ °C	<input type="checkbox"/>
Мною разъяснено о возможных рисках и побочных действиях от вакцинации	<input type="checkbox"/>
Мною разъяснено, что вакцинируемый должен находиться в медицинском учреждении в течении 20-30 мин для наблюдения.	<input type="checkbox"/>
Результаты истории болезни:	
На основании истории болезни и физического осмотра пациента вакцинация может быть проведена.	
Имя терапевта : _____	(Подпись)

Данное анкетирование проводится с целью оценки адекватности процесса вакцинации на случай возникновения побочных эффектов после проведения профилактической вакцинации. Информация о профилактической вакцинации, согласно статье 26 законодательства о профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями, архивируется и распространяется среди организаций по вакцинации с целью выявления упущенных и предотвращения повторяющихся прививок для вакцинируемых. Данная информация сохраняется согласно закону о государственных записях.

\*Полученная информация включает в себя: личную информацию вакцинируемого (имя, регистрационный номер иностранного гражданина, адрес, номер телефона); личные данные родителей или опекуна; а также особенности полученной вакцинации (название вакцины, доза, дата, тип, способ и место). Эта информация строго засекречена и находится под властью Закона о защите персональных данных (Акт №. 10465)