

**Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство  
Вакцинация от COVID-19**

<b>Имя, фамилия:</b>	
<b>Персональный номер:</b>	
<b>Адрес места жительства:</b>	
<b>Номер мед. страх. комп.:</b>	

**Информация о медицинском вмешательстве****Вакцина**

.....(далее по тексту – «вакцина») должна предотвратить заболевание болезнью COVID-19, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.

Вакцина будет введена Вам с помощью инъекции в плечевую мышцу. Рекомендуется в течение, как правило, тридцати минут после введения вакцины подождать на месте, где Вам были сделана вакцинация, и внимательно понаблюдать за своим самочувствием.

Для обеспечения максимальной эффективности защиты необходимы две дозы вакцины. Вторая доза будет введена Вам тем же способом, что и первая. Дату введения второй дозы вакцины Вам сообщит вакцинирующий врач. Если Вы не будете вакцинированы второй дозой, вакцина может совершенно не защищать или хотя бы недостаточно защищать Вас от заболевания COVID-19.

После введения вакцина запускает естественную выработку антител и стимулирует их защищать Вас от заболевания COVID-19.

Защите от заболевания COVID-19 может оставаться недостаточной до седьмого дня после второго введения вакцины, т. е. приблизительно месяц после введения первой дозы. До этого времени следует вести себя в соответствии с рекомендованными гигиеническо-эпидемиологическими мерами по защите собственного здоровья и здоровья окружающих.

**Риски медицинского вмешательства:**

У некоторых людей введение вакцины может вызвать аллергическую реакцию, которая может проявляться, например, в виде зудящей сыпи, проблем с дыханием или отека лица или языка. В случае возникновения у Вас аллергической реакции, немедленно обратитесь к своему лечащему врачу. Без своевременной медицинской помощи возможна угроза для здоровья, а в исключительных случаях – даже для жизни клиента.

Проконсультируйтесь о планах сделать вакцинацию от COVID-19 со своим лечащим врачом, в частности, если:

- у вас возникала серьезная аллергическая реакция на другую вакцину, лекарственное средство или продукты,
- у вас возникли проблемы после введения первой дозы вакцины от COVID-19, такие как, например, аллергическая реакция или проблемы с дыханием,
- вы сейчас страдаете от серьезного заболевания, сопровождаемого высокой температурой; при этом незначительное повышение температуры или легкая инфекция верхних дыхательных путей, например, простуда или перенесенный COVID-19, не являются основанием для того, чтобы отложить вакцинацию,
- у вас ослаблена иммунная система (например, вследствие инфицирования ВИЧ), или Вы употребляете лекарства, которые негативно влияют на иммунную систему,
- у вас проблемы с кровоточивостью, у Вас легко образуются синяки или вы употребляете лекарства, ограничивающие сворачиваемость крови,
- Вы беременны, кормите грудью, подозреваете беременность или планируете забеременеть; беременным и кормящим женщинам вакцинация не рекомендуется.

Если после консультации со своим врачом у Вас возникли сомнения относительно целесообразности вакцинации ввиду Вашей специфической ситуации (напр. редкая болезнь, сочетание редкой болезни или инвалидности и т. п.), смело обращайтесь к своему врачу-специалисту. Перед вакцинацией сообщите вакцинирующему врачу о своих осложнениях.

Вакцина может вызвать побочные эффекты, но обычно они бывают легкими и проходят за считанные дни.

У больше чем одного вакцинированного из десяти возможны боль или опухание в месте укола, усталость, головная боль, боль в мышцах или суставах, озноб или лихорадка. У менее чем одного вакцинированного из десяти может образоваться отек или покраснение в месте укола, или тошнота. У менее чем одного вакцинированного из ста возможно увеличение лимфатических узлов или вялость

В случае возникновения какого-либо из побочных эффектов, сообщите об этом своему лечащему врачу.

Как и в случае других вакцин, и эта вакцина не обязательно обеспечивает полную защиту от болезни. С любыми вопросами относительно вакцины или вакцинации обращайтесь к вакцинирующему врачу.

**Альтернативы медицинскому вмешательству:**

В настоящее время неизвестны альтернативы для вышеописанного медицинского вмешательства.

**Лечебный режим, профилактические меры, контрольные действия:**

После проведения медицинского вмешательства Вы должны 30 минут подождать в приемной. В течение двух дней после введения вакцины следует избегать значительных физических нагрузок.

**Ответы на дополнительные вопросы клиента (или указать, что у клиента не возникли никакие дополнительные вопросы)**

.....

Согласие клиента, или его законного представителя

Я, нижеподписавшийся(яся), в соответствии с § 31 закона № 372/2011, о медицинских услугах и условиях их оказания (закона о медицинских услугах), в действующей редакции, заявляю, что я был(а) вразумительно проинформирован(а) врачом о медицинском вмешательстве, его цели, характере, предполагаемой пользе и возможных последствиях и рисках его проведения. Я осознаю, что определенные риски существуют при каждом медицинском вмешательстве, и что их нельзя наперед точно определить. Информация мне была предоставлена врачом и объяснена, я понял(а) ее и у меня была возможность задавать дополнительные вопросы, на которые я получил ответы. На основании предоставленной информации, после разговора с врачом, взвесив все за и против, я соглашаюсь на проведение вышеуказанного медицинского вмешательства.

Персональные данные обрабатываются в соответствии со ст. 6 п. 1 подп. d), e) GDPR, т. е. с учетом необходимости обработки для защиты жизненно важных интересов субъекта данных и при выполнении задач в интересах общества.

Персональные данные передаются Краевой администрации Карловарского края в связи с обеспечением необходимой координации стратегии вакцинирования Карловарского края. Персональные данные будут обрабатываться в течение необходимого времени ведения учета персональных данных в связи с решением эпидемиологической ситуации. После истечения необходимого срока все персональные данные будут удалены.

Разъяснение: Субъект данных имеет право требовать от оператора данных предоставления доступа к этим данным, их исправления или удаления, ограничения обработки, и подачи возражения против обработки, а также право на переносимость данных. В случае, если субъект данных обнаружит или будет предполагать, что администратор осуществляет обработку персональных данных вразрез с законом, в частности, если персональные данные неточные с точки зрения цели их обработки, он может потребовать у указанного оператора объяснений и требовать исправления такого положения вещей. В частности, это может быть блокировка, исправление, дополнение или удаление е персональных данных. В то же время субъект данных имеет право подать жалобу в контрольно-надзорный орган.

Оператором данных является АО «Карловарская краевая больница»

Контактные данные уполномоченного по вопросам защиты персональных данных: [pavel.sipek@kkn.cz](mailto:pavel.sipek@kkn.cz), моб. тел. 604 186 862

Дата: .....

Подпись клиента (законного представителя, попечителя):.....

Имя, фамилия: (законный представитель, попечитель)	
Персональный номер:	
Адрес места жительства:	
Отношение к клиенту	

**Заявляю, что я объяснил суть медицинского вмешательства пациенту так, чтобы она, насколько я могу судить, была понятна пациенту. Я также ознакомил пациента с последствиями данного вмешательства и самыми частыми возможными осложнениями, прежде всего с рисками, указанными в этом информированном согласии.**

Дата:.....

Имя и фамилия врача: .....

Подпись: .....

#### Заявление

Я \_\_\_\_\_  
(имя, фамилия, ученая степень)

Заявляю, что:

1. у меня отсутствуют сильно выраженные симптомы, соответствующие вирусной инфекции (напр. высокая температура, кашель, одышка, диарея, рвота, внезапная потеря вкуса и обоняния и т. п.);
2. орган по охране общественного здоровья и лечащий врач-терапевт не назначил для меня карантинные меры;
3. мне не известно, чтобы в последние 2 недели я контактировал(а) с лицами, заболевшими инфекционным заболеванием;
4. у меня нет никаких аллергий;
5. я не беременна.

В Карловых Варах:

Подпись клиента (законного представителя, попечителя):