**Согласие**

**на проведение профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции или отказ**

**от них, обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну**

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет) / несовершеннолетнего
в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(указывается ФИО и год рождения несовершеннолетнего)

свидетельство о рождении (или паспорт) вакцинируемого: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер полиса ОМС вакцинируемого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

СНИЛС вакцинируемого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Настоящим подтверждаю, что проинформирован врачом:

- о смысле и цели вакцинации;

- на момент вакцинации я не предъявляю никаких острых жалоб на состояние здоровья (температура тела нормальная, отсутствуют жалобы на боль, озноб, сильную слабость, нет иных выраженных жалоб, которые могут свидетельствовать об острых заболеваниях или обострении хронических);

- я понимаю, что вакцинация - это введение в организм человека иммунобиологического лекарственного препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным заболеваниям;

- мне ясно, что после вакцинации возможны реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснения, уплотнения, боль, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие); крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболевания, для предупреждения которого проводится вакцинация;

- обо всех имеющихся противопоказаниях к вакцинации.

Я поставил(а) в известность медицинского работника о ранее выполненных вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня. Сообщила (для женщин) об отсутствии факта беременности или кормления грудью.

Я подтверждаю, что предоставил(а) корректные и полные персональные данные (в том числе паспорт, номер полиса обязательного медицинского страхования, номер СНИЛС).

Я подтверждаю, что при предоставлении мною некорректных и (или) неполных данных не буду иметь претензий по вопросу отсутствия сведений о проведенной вакцинации в электронной медицинской карте и на официальном интернет-портале государственных услуг.

В соответствии с требованиями ст. 9, п.1 ч.2 ст. 10 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я даю свое согласие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование медицинской организации)

расположенной по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(далее – Оператор) на сбор, ввод, обработку, запись, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и на бумажном носителе), уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передачу (предоставление, доступ), модификацию, на автоматизированную и без применения средств автоматизации обработку данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС) следующего перечня моих персональных данных, в том числе составляющих врачебную тайну: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты основного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем органе), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, вакцинации, факте и результатах прохождения иммуноферментного и иммунохемилюминесцентного анализа, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах моего обследования и лечения. К числу третьих лиц могут относиться органы исполнительной власти города Москвы, подведомственные им организации, организации, которым делегированы соответствующие обязательства, иные уполномоченные лица.

Я разрешаю Оператору предоставлять/передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, в части прохождения вакцинации и состояния здоровья в органы исполнительной власти города Москвы: Департаменту здравоохранения города Москвы (127006,
г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, стр.1), Департаменту информационных технологий города Москвы (123112, Москва, 1-й Красногвардейский пр-д, д. 21, стр. 1), их подведомственным учреждениям, организациям, иным лицам в рамках возложенных на них полномочий.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует в течение 1 (одного) года.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я уведомлен, что на основании п. 2, ч. 4, ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки против новой коронавирусной инфекции, возможных прививочных реакциях, последствиях отказа от неё, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название иммунобиологического лекарственного препарата)

добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название иммунобиологического лекарственного препарата)

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

" "\_\_\_\_\_\_\_202 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением прививок, и дал ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество) (подпись)

Оборотная сторона добровольного информированного согласия

**Анкета**

заполняется ребенком (15 лет и старше) или родителем/законным представителем перед вакцинацией I компонентом

 против новой коронавирусной инфекции

ФИО несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (полных лет)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вопрос** | **Да** | **Нет** |
| 1 | Проводились ли Вам профилактические прививки в течение последних 30 дней? |  |  |
| 2 | Являетесь ли Вы участником клинического исследования вакцины? |  |  |
| 3 | Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на профилактические прививки, в прошлом (анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°С)? |  |  |
| 4 | Имеются ли у Вас в настоящие время признаки простудного заболевания? |  |  |
| 5 | Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания (если да, то указать какое в примечании, п. 10) |  |  |
| 6 | Имеются ли у Вас заболевания, такие как: |  |  |
| - сердечно-сосудистые: эндокардит, перикардит, миокардит другие (указать какое в примечании, п.10)  |  |  |
| - эндокринные: сахарный диабет (указать уровень глюкозы при последнем измерении), другие |  |  |
| - центральной нервной системы: эпилепсия, рассеянный склероз, другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - крови: анемии, лейкозы, лимфогранулематоз, другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - почек (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - печени (указать какое в примечании, п.10)  |  |  |
| - легких: бронхиальная астма, другие (указать какое в примечании, п.10)  |  |  |
| - аутоиммунные: ревматические болезни, тиреоидит, псориаз и другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - иммунодефициты (указать заболевание в примечании, п.10)  |  |  |
| - онкологические (указать заболевание в примечании, п.10) |  |  |
| 7 | Принимали ли Вы в течение месяца следующие лекарственные препараты: глюкокортикостероиды, цитостатики, иммуносупрессоры, моноклональные антитела. Если принимали, то указать какие в примечании, п.10. |  |  |
| 8 | Беременность (для девушек), указать срок в неделях в примечании, п.10 |  |  |
| 9 | Период грудного вскармливания (для девушек) |  |  |
| 10 | Примечание |

Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)

Прошу вакцинировать моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р. против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям (утв. Приказом Минздрава России от 06.12.21 №1122н).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_, подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)

*Заполняется СТРОГО родителем / законным представителем пациента в возрасте до 18 лет.*

*Информация, заполняемая врачом:*

|  |  |
| --- | --- |
| *- температура тела* |  |
| *- допущен / не допущен**(при медицинском отводе – код МКБ-10 диагноза)* |  |
| *- назначенная вакцина, кратность* | * *Гам-КОВИД-Вак М ("Спутник М")*
* *V1*
* *V2*
 |
| *Дата записи на второй этап вакцинации:* |

*Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (ФИО)