Приложение IV

*Название и регистрационный код учреждения, которое проводит вакцинацию*

**Форма для оценки состояния здоровья лица перед вакцинацией против Covid-19**

**ЗАПОЛНЯЕМЫЙ ЛИЦОМ РАЗДЕЛ (возраст 12+)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Дата**  |   |

Имя, фамилия лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Персональный код

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   | –  |   |   |   |   |   |   |

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о состоянии вашего здоровья (*обведите соответствующий пункт*):,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Есть ли у Вас аллергия на любые вещества, содержащиеся в составе вакцины (полиэтиленгликол (ПЭГ) или другие вещества, одержащие пегилированные молекулы)?  | Да  | Нет  |
| У Вас были анафилактические реакции (тяжелая аллергическая реакция) после введения какой-либо вакцины или инъекционного препарата?  | Да  | Нет  |
| Есть ли у Вас в настоящее время симптомы острой инфекции, высокая температура или другие жалобы на самочувствие?  | Да  | Нет  |
| Принимаете ли Вы в настоящее время иммуносупрессивные препараты, глюкокортикостероиды, биологические препараты, бета-блокаторы?  | Да  | Нет  |
| Вы беременны (для женщин)?  | Да  | Нет  |
| Получали ли Вы какие-либо вакцины в течение последних 14 дней?  | Да  | Нет  |
| Была ли у вас обнаружена инфекция Covid-19 с положительным результатом теста PCR на SARS-CoV-2??  | Да  | Нет  |
| Вы уже получали какую-либо вакцину против Covid-19?  | Да  | Нет  |
| Принимаете ли вы оральные контрацептивы (для женщин)?  | Да  | Нет  |
| Вы курите?  | Да  | Нет  |
| Была ли у вас серьезная, длительная (45<мин) хирургическая операция в течение последних 3 месяцев?  | Да  | Нет  |
| За последний месяц было ли у Вас длительное ограничение подвижности, например, нахождение в сидячем положении 14 часов подряд или в лежачем положении более 12 часов (постельный режим после операции, переломы)?  | Да  | Нет  |
| Был ли у вас перелом ноги, замена тазобедренного или коленного сустава за последние три месяца?  | Да  | Нет  |
| Поступали ли Вы в больницу с инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью или мерцательной аритмией в течение последних трех месяцев?  | Да  | Нет  |
| У Вас были тромбы?  | Да  | Нет  |
| Проходите ли Вы в настоящее время химиотерапию в связи с лечением опухоли?  | Да  | Нет  |
| Была ли у Вас в прошлом иммунная тромбоцитопения (кровотечение из-за низкого уровня тромбоцитов или кровоподтеки или поверхностные кровоизлияния в кожу, и Вы состоите на учете у гематолога по этой проблеме)?  | Да  | Нет  |
| Был ли у вас диагностирован синдром проницаемости капилляров (утечка жидкости из мелких кровеносных сосудов)?  | Да  | Нет  |

**В отношении эпидемиологических рисков при получении бустерной вакцинации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Имеете ли Вы длительный контакт с другими людьми вне домохозяйства, находясь в физическом контакте или на расстоянии менее двух метров, в помещении (например, в классе, зале заседаний, приемном отделении больницы, офисе) или регулярно перемещаясь общественным транспортом в течение более 15 минут?  | Да  | Нет  |
| Или Существует ли у Вас повышенный риск заражения при непосредственном контакте с лицами, состояние здоровья которых неизвестно?  | Да  | Нет  |
| Есть ли у Вас хронические заболевания (артериальная гипертензия, бронхиальная астма, сахарный диабет и т.д) ?  | Да  | Нет  |

Лицо подтверждает, что представило достоверную информацию, и что лечащее лицо предоставило информацию о вакцинации.

Законный представитель лица, если анкета не заполнена самим лицом

Имя, фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись вакцинируемого лица (или законного, уполномоченного представителя)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Расшифровка подписи  |    |

**Форма для оценки состояния здоровья ребенка в возрасте от 5 до 11 лет перед вакцинацией против Covid-19**

**ЗАПОЛНЯЕМЫЙ ЛИЦОМ РАЗДЕЛ**

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Имя, фамилия ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Персональный код ребенка

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|     |     |     |     |     |     | -    |     |     |     |     |     |

Законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о состоянии здоровья Вашего ребенка (*обведите соответствующий пункт*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Есть ли у ребенка аллергия на любые вещества, содержащиеся в составе вакцины (полиэтиленгликол (ПЭГ) или другие вещества, содержащие пегилированные молекулы)? | **Да** | **Нет** |
| У ребенка были анафилактические реакции (тяжелая аллергическая реакция) после введения какой-либо вакцины или инъекционного препарата?   | Да    | Нет    |
| Есть ли у ребенка в настоящее время симптомы острой инфекции, высокая температура или другие жалобы на самочувствие?   | Да    | Нет    |
| Принимает ли ребенок в настоящее время иммуносупрессивные препараты, глюкокортикостероиды, биопрепараты или бета-блокаторы?   | Да    | Нет    |
| Была ли у ребенка обнаружена инфекция Covid-19 с положительным результатом теста PCR на SARS-CoV-2??  | Да    | Нет  |
| Ребенок уже получил какую-либо вакцину против Covid-19? | Да   | Нет  |

 Законный представитель подтверждает, что предоставленная информация является достоверной, и что лечащее лицо предоставило информацию о вакцинации, включая возможные побочные реакции и действиях в случае их появления.

Подпись законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расшифровка подписи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_