# **ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

на проведение профилактических прививок против **COVID-19**

# Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента/законного представителя)

Номер телефона для связи

На основании статьи 44 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении» выражаю свое согласие на **проведение** профилактической прививки против COVID-19 с использованием вакцины Vero-Cell (производство Китай) своей(своему) **дочери / сыну:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_г.р.

Настоящим подтверждаю, что проинформирован(а):

- о смысле и цели вакцинации;

- подтверждаю, что на момент вакцинации мой ребенок не предъявляет острых жалоб на состояние здоровья;

-я поставил(а) в известность медицинского работника о ранее выполненных моему ребенку прививках, о наличии/отсутствии реакций на предыдущие введения вакцин, о всех вопросах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе о наличии/отсутствии аллергических проявлений;

мне ясно, что после проведения профилактических прививок возможны побочные (нежелательные) реакции,

мне даны четкие разъяснения о моих действиях в случае возникновения побочных (нежелательных) реакций после проведения профилактических прививок,

я имел (а) возможность задавать любые вопросы по вакцинации против COVID-19 и мне в доступной форме даны исчерпывающие ответы.

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы пациента/ законного представителя)

Врач

(фамилия, инициалы) (подпись)