УНИВЕРСИТЕТСКА
МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ
“АЛЕКСАНДРОВСКА” ЕАД
София 1431, ул. „Св. Георги Софийски” №1
Тел.: 02/92-301, тел./факс: 02/9230 646, e-mail: umbal.alexandrovska@gmail.com

Приложение към т. 8

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

за извършване на ваксинация срещу COVID-19

I. Долуподписаният…….....

(трите имена)

ЕГН: ....., лична карта №: ....., издадена на ....., от .....
Адрес.....

В лично качество или качеството си на родител/настойник или попечител на лицето *(ненужното се зачертава):*

.....

(три имена на лицето)

Заявявам, че:

1. съм запознат с ползите от ваксинат срещу COVD-19 ..... *(вписва се търговското име на ваксината),* рисковете от заболяването и неговите усложнения; показанията, начина на приложение, противопоказанията, взаимодействието с други лекарствени продукти и очакваните нежелани лекарствени реакции на прилагания биопродукт;
2. уведомен съм, че при възникване на нежелани реакции след вакиниция следва да съобщя за появата им по всяко време на медициски специалисти или на Изпълнителната агенция по лекарствата чрез попълване на електронен формуляр за съобщаване на нежелани лекарствени реакции от немедицинки лица, достъпен на следния линк: https:www.bda/bg/формуляр-за-съобщаване-на-нежелани-лекарствени-реакции-от-немедицински-лица.
3. Съм съгласен да ми бъде приложена ваксина срещу COVID-19…...…… *(вписва търговското име на ваксината).*

Дата : .....

Гр: .....

1. .....
(подпис на лицето)

2. .....
(име и подпис на лекаря)

КРАТКИ АНАМНЕСТИЧНИ ДАННИ	ДА	НЕ	НЕ ЗНАЕ
АЛЕРГИИ			
СИСТЕМНИ АНАФИЛАКТИЧНИ РЕАКЦИИ			
ИНСЕКТАЛЕРГИИ			
ХРАНИТЕЛНА АЛЕРГИЯ			
РЕСПИРАТОРНА АЛЕРГИЯ			
МЕДИКАМЕНТИ			
ДРУГИ			
ИМУНОСУПРЕСИЯ			

КРАТКИ АНАМНЕСТИЧНИ ДАННИ	ДА	НЕ	НЕ ЗНАЕ
ИЗВЕСТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ			
СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ (посочете)			
ОНКОЛОГИЧНИ(посочете)			
ДИАБЕТ			
АВТОИМУННИ ЗАБОЛЯВАНИЯ (посочете)			
СЪРДЕЧНО –СЪДОВИ (ИБС; МСБ; АХ)			
Други			

Системен прием на медикаменти	ДА	НЕ	доза
В-блокери			
Антикоагуланти			
НОАК (посочете)			
Синтром			
LW heparine			
Други			
Биологично лечение (посочете)			

ЕПИДЕМИОЛОГИЧЕН ПАНЕЛ	ДА	НЕ	НЕ ЗНАЕ
БЕЗ АНАМНЕЗА ЗА ПРЕБОЛЕДУВАНО ОРЗ (SARS-Cov19)			
ПРЕБОЛЕДУВАЛ ОРЗ (SARS-Cov19)	СРОК	PCR/Ab/Ag	Ab титри
Провеждано лечение с имунни продукти/плазмафереза	ДА	НЕ	НЕ ЗНАЕ
Известна епидемиологична връзка (контактен 1-ви и 2-ри ред с болен от SARS-Cov19)			

СТАТУС	ДА	НЕ	доза
АРТЕРИАЛНО НАЛЯГАНЕ			
ТЕМПЕРАТУРА			
СЪРДЕЧНА ЧЕСТОТА			
O2 sat (измерва се при 2 от горните показатели извън нормата)			
СТАТУС НА 15-та МИНУТА (НЕЖЕЛАНИ ЛЕКАРСТВЕНИ РЕАКЦИИ)			
Респираторен дистрес			
Хемодинамични нарушения			
Системен обрив			
Анафилаксия			
Други			

Дата: Подпис: