**Приложение № 1.**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,

(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)

Дата рождения «\_\_\_\_»

проживающий по адресу: г. Москва,

(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

Даю информированное согласие на медицинское вмешательство, предложенное мне/гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающему по адресу:

(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

Медицинское вмешательство  **прививка против пневмококковой инфекции**

(наименование медицинского вмешательства)

Необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием**) ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ», поликлиническое отделение**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником:

(должность, ФИО врача, либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)

(подпись) (Ф.И.О. врача, либо медицинского работника)

Дата оформления « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020г

**Лист вакцинации**

**ФИО пациента**: **Дата рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Полис** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес** **Телефон**

**Осмотр перед прививкой:**

Дата: Жалобы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Носовые ходы свободны. Сердце - тоны ритмичные. АД / мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Аллергологический анамнез: без особенностей. Противопоказаний нет. Направлен(а) на прививку. Введено: **Против гриппа** 0,5 в/м в плечо. Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ срок годности до\_\_\_\_\_\_\_\_

**Название прививки**

Подпись врача: Подпись медсестры:

Осмотр через 30 минут после прививки

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Жалобы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Патологической реакции на прививку нет

Подпись: