

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
«КРАСНОУРАЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

**ПРИКАЗ**

от 09.11.2021 года

№ 444

**«О вакцинации против COVID-19 в отношении беременных женщин»**

В соответствии с информационным письмом Министерства здравоохранения Свердловской области от 03.11.2021 г. №03-11-82/19555 «О направлении материалов для использования в работе» (далее Письмо МЗ СО от 03.11.2021 г. №03-11-82/19555), а также принятия исчерпывающих мер по увеличению охвата вакцинацией беременных женщин от COVID-19

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Заведующей женской консультацией Леоновой С. С.:
  - разместить прилагаемую информацию «Памятка пациента о проведении вакцинации против COVID-19» на информационных стендах (Приложение к Письму МЗ СО от 03.11.2021 г. №03-11-82/19555);
  - обеспечить продолжение разъяснительной работы с беременными женщинами по вопросам специфической профилактики НКВИ с использованием вакцины «Гам-КОВИД-Вак» и **проведением отметки о информировании беременной при каждой явке**, о факте вакцинации против НКВИ в обменной карте беременной, а также оформление «Добровольного информированного отказа пациента от вакцинации против новой коронавирусной инфекции» (Приложение к Письму МЗ СО от 03.11.2021 г. №03-11-82/19555) в случае отказа с внесением в обменную карту беременной;
2. Разместить информацию «Памятка пациента о проведении вакцинации против COVID-19» (Приложение к Письму МЗ СО от 03.11.2021 г. №03-11-82/19555):
  - Начальнику отдела АСУ Старкову В. О. на официальном сайте ГАУЗ СО «Красноуральская ГБ»;
  - Секретарю Шайковой А. М. в социальных медиа;
3. Начальнику отдела организации и делопроизводства Михайловой М. С. ознакомить ответственных лиц, врачей и акушерок женской консультации с настоящим приказом под роспись;
4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фаткулина С. Ф.

**И. О. ГЛАВНОГО ВРАЧА ГАУЗ СО  
«КРАСНОУРАЛЬСКАЯ ГБ»**

Фаткулин С. Ф. 09.11.2021

**А.В. БАЛДИН**

*Помощь СЧ*  
*Помощь СС*  
*Кузнецова*  
*Кузнецова*

ПРАВИТЕЛЬСТВО  
 СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
 МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
 СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
 (Минздрав Свердловской области)  
 Вайнера ул., 31-60, г. Екатеринбург, 620014  
 Телефон/факс (343) 312-00-03  
 minzdrav@egs06.ru  
 https://minzdrav.midural.ru

Руководителям медицинских  
 организаций Свердловской  
 области

03.11.2021 № 03-01-82/19555  
 на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

О направлении материалов для  
 использования в работе

Уважаемые руководители!

Направляем Вам для использования в работе форму «Добровольный информированный отказ пациента от вакцинации против новой коронавирусной инфекции» и Памятку пациента о проведении вакцинации против COVID-19.

Прошу Вас довести данную информацию до сведения медицинских сотрудников, осуществляющих вакцинацию беременных женщин.

Приложение: на 2 л. в 1 экз.

Министр

А.А. Карлов

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
 ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ  
 Сертификат 0C03321A76886F72448AD73A96768CC0E7C804B5  
 Владелец Карлов Андрей Александрович  
 Действителен с 31.08.2021 по 01.12.2022

Антонина Михайловна Кузнецова  
 (343) 312-00-03, доб. 849

Красноуральская ГБ  
 03.11.2021  
 Вх. № 6-н  
 Вых. № 4625  
 ДАТА 03.11.2021

**Наименование медицинской организации**  
**Добровольный информированный отказ пациента**  
**от вакцинации против новой коронавирусной инфекции**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ д.р.

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Номер телефона для связи: \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 проинформировал(-а) меня о нижеследующем:

- 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);
- я понимаю, что 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;
- о всех имеющихся противопоказаниях к вакцинации;

Я поставила 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 Я сообщила о наличии у меня факта беременности .

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы .  
 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 ОТКАЗЫВАЮСЬ от проведения мне прививки следующей вакциной:** \_\_\_\_\_

(подпись/расшифровка)

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, свидетельствую, что разъяснил(-а) все вопросы, связанные с проведением прививок и дал(-а) ответы на все вопросы

(подпись/расшифровка)

**Дата подписания:** \_\_\_\_\_ . 20

## ПАМЯТКА пациента о проведении вакцинации против COVID-19

### Уважаемая пациентка!

Ваше крепкое здоровье - наша главная цель! А для того, чтобы полностью реализовать наш потенциал в достижении главной цели, мы просим Вас соблюдать некоторые (основные и важные) правила, которые помогут нам в нашей работе:

1. Перед проведением вакцинации необходим обязательный осмотр врача с измерением температуры, сбором эпидемиологического анамнеза, измерением сатурации, осмотром зева, на основании которых врач определяет отсутствие или наличие противопоказаний к вакцинации.

2. Врач расскажет Вам о возможных реакциях на вакцинацию и поможет заполнить информированное добровольное согласие на проведение вакцинации.

3. Вакцинацию проводят в два этапа:

3.1. I этап вакцинации: внутримышечно вводят компонент I в дозе 0,5 мл.

3.2. II этап вакцинации: внутримышечно вводят компонент II в дозе 0,5 мл.

4. В течение 30 мин после вакцинации просим Вас оставаться в медицинской организации для предупреждения возможных аллергических реакций.

5. После проведения вакцинации (и после введения I компонента и после введения II компонента) в первые-вторые сутки могут развиваться и разрешаются в течение трех последующих дней кратковременные общие (непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, артралгией, миалгией, астенией, общим недомоганием, головной болью) и местные (болезненность в месте инъекции, гиперемия, отечность) реакции.

5.1. Реже отмечаются тошнота, диспепсия, снижение аппетита, иногда - увеличение регионарных лимфоузлов. Возможно развитие аллергических реакций.

6. Рекомендуется в течение 3-х дней после вакцинации не мочить место инъекции, не посещать сауну, баню, не принимать алкоголь, избегать чрезмерных физических нагрузок.

7. При повышении температуры тела после вакцинации при необходимости принять нестероидные противовоспалительные средства.

8. Курс иммунизации считается завершенным после проведения двух этапов вакцинации.

Вакцина против COVID-19 не отменяет для привитого пациента необходимость носить средства индивидуальной защиты, в том числе маски и перчатки, а также соблюдать социальную дистанцию.

Мне, \_\_\_\_\_, понятен смысл всех терминов и вышеизложенной памятки, что удостоверяю своей подписью:

(подпись пациента)  
Дата подписания: . . . 20