

Предварительный опросник перед вакцинацией для []
(ребенок дошкольного/школьного возраста)

		Температура тела перед опросом		°C
Адрес				
Фамилия и имя ребенка		М Ж	Дата рождения	Родился / / (д/м/г) Возраст (лет месяцев)
Фамилия и имя родителя/опекуна				

Анкета перед проведением вакцинации	Ответы		Комментарии врача
Ознакомились ли Вы с документами (которые были Вам выданы ранее), разъясняющими особенности вакцинации, проведение которой планируется сегодня?	Да	Нет	
Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы о Вашем ребенке.			
Вес при рождении () г Имелись ли у ребенка при рождении какие-либо отклонения?	Да	Нет	
Имелись ли у ребенка какие-либо отклонения после рождения?	Да	Нет	
Были ли выявлены какие-либо нарушения при врачебных осмотрах ребенка?	Да	Нет	
Болен ли ребенок в настоящий момент? Если болен, то опишите, какие заболевания у него имеются. ()	Да	Нет	
Болеет ли ребенок в течение последнего месяца? Наименование заболевания ()	Да	Нет	
В течение последнего месяца болел ли кто-либо из членов Вашей семьи или из лиц, контактирующих с ребенком, корью, краснухой, ветряной оспой или свинкой? Наименование заболевания ()	Да	Нет	
Имел ли ребенок контакт с больными туберкулезом (включая членов семьи)?	Да	Нет	
Проводились ли ребенку в течение последнего месяца вакцинации? Наименование вакцины ()	Да	Нет	
Имеются ли у ребенка врожденные аномалии, заболевания сердца, почек, печени, центральной нервной системы, иммунные нарушения или другие заболевания, по поводу которых ребенок наблюдался у врача? Наименование заболевания ()	Да	Нет	
Если у ребенка имеется подобное заболевание, не возражает ли лечащий врач против проведения сегодняшней вакцинации?	Да	Нет	
Наблюдались ли ранее у ребенка судороги (спазмы или конвульсии)? Если да, то в каком возрасте? ()	Да	Нет	
Если у ребенка были судороги, имел ли место подъем температуры тела в то же самое время?	Да	Нет	
Имелась ли у ребенка сыпь или волдыри (крапивница), которые расценивались, как реакция на лекарственные препараты или пищевые продукты и не возникали ли у ребенка нарушения состояния здоровья после употребления определенных пищевых продуктов или медикаментов?	Да	Нет	
Имеются ли среди родственников ребенка или членов его семьи лица с врожденными иммунодефицитами?	Да	Нет	
Наблюдались ли ранее у ребенка серьезные реакции на введение вакцины? Наименование вакцины ()	Да	Нет	
Наблюдались ли у членов семьи или родственников ребенка серьезные реакции на введение вакцины?	Да	Нет	
Получал ли ребенок переливания крови или ее препаратов, а также гамма-глобулины в течение последних 6 месяцев?	Да	Нет	
Имеются ли у Вас какие-либо вопросы, касающиеся сегодняшней вакцинации?	Да	Нет	
<p>Комментарии врача</p> <p>После ознакомления с ответами на приведенные выше вопросы и с результатами беседы, я принял(а) решение о том, что вакцинация ребенку (может/не может) быть проведена сегодня.</p> <p>Я предоставил(а) родителю/опекуну информацию о пользе и побочных эффектах вакцинации и методах, применяемых при лечении пациентов, страдающих от нежелательных последствий вакцинации.</p> <p>Подпись и личная печать врача с указанием фамилии:</p>			

Этот предварительный опросник используется для повышения безопасности вакцинации. Ребенок был осмотрен врачом. Информация, касающаяся целей вакцинации, пользы, а также рисков (в том числе серьезных побочных эффектов), которые может нести в себе вакцинация, были мне подробно разъяснены врачом. Я также ознакомлен(а) с методами лечения нежелательных эффектов. Я считаю, что понял(а) эту информацию.

Я (даю согласие/не даю согласие)* на проведение вакцинации ребенку. * Обведите Ваш ответ.

Я понял(а) все, написанное выше и соглашаюсь с тем, чтобы данный опросник был передан в учреждение здравоохранения.

Подпись родителя/опекуна:

Наименование вакцины	Дозировка	Лечебное учреждение / Фамилия врача / Дата введения
Наименование вакцины Номер партии Предупреждение! Подтвердите, что срок годности не истек.	* (Подкожная инъекция) мл	Лечебное учреждение: Фамилия врача: Дата введения: / / (д/м/г)

[Примечание] Гамма-глобулины – препараты крови, которые вводятся для профилактики инфекций, таких как гепатит А, а также для лечения тяжелых инфекционных заболеваний. Некоторые вакцины (например, противокоревая вакцина) обычно менее эффективны в случаях получения гамма-глобулинов в сроки 3-6 месяцев до вакцинации.

* В случае вакцинации БЦЖ, укажите, например, следующее: «чрескожное введение БЦЖ с применением вакцинационного аппарата со сменными иглами и в определенном объеме».

Предварительный опросник перед вакцинацией против вируса папилломы человека

		Температура тела перед опросом		°C
Адрес				
Фамилия и имя пациента		М	Дата рождения	Родился / / (д/м/г) Возраст (лет месяцев)
Фамилия и имя родителя/опекуна*		Ж		

Анкета перед проведением вакцинации	Ответы		Комментарии врача
Ознакомились ли Вы с документами (которые были Вам выданы ранее), разъясняющими особенности вакцинации, проведение которой планируется сегодня?	Да	Нет	
Болен ли пациент в настоящий момент? Если да, опишите подробно, какие у него имеются заболевания. ()	Да	Нет	
Болеет ли пациент в течение последнего месяца? Наименование заболевания ()	Да	Нет	
Получал ли пациент вакцинации в течение последнего месяца? Наименование вакцины ()	Да	Нет	
Имеются ли у пациента врожденные аномалии, заболевания сердца, почек, печени, центральной нервной системы, иммунные нарушения или другие заболевания, по поводу которых он наблюдался у врача? Наименование заболевания ()	Да	Нет	
Если у ребенка имеется подобное заболевание, не возражает ли лечащий врач против проведения сегодняшней вакцинации?	Да	Нет	
Наблюдались ли у пациента ранее судороги (спазмы или конвульсии)? Если да, то в каком возрасте? ()	Да	Нет	
Если у пациента были судороги, имел ли место подъем температуры тела в то же самое время?	Да	Нет	
Имелась ли у пациента сыпь или волдыри (крапивница), которые расценивались как реакция на лекарственные препараты или пищевые продукты и не возникали ли у него нарушения состояния здоровья после употребления определенных пищевых продуктов или медикаментов?	Да	Нет	
Имеются ли среди родственников пациента или членов его семьи лица с врожденными иммунодефицитами?	Да	Нет	
Наблюдались ли ранее у пациента серьезные реакции на введение вакцины? Наименование вакцины ()	Да	Нет	
Наблюдались ли у членов семьи или родственников пациента серьезные реакции на введение вакцины?	Да	Нет	
Имеется ли возможность беременности (например, задержка менструации или ее отсутствие)? [Предупреждение!] Беременным женщинам при вакцинации должно уделяться особое внимание.	Да	Нет	
Имеются ли у Вас какие-либо вопросы, касающиеся сегодняшней вакцинации?	Да	Нет	
Комментарии врача После ознакомления с ответами на приведенные выше вопросы и с результатами беседы, я принял(а) решение о том, что вакцинация пациенту (может/не может) быть выполнено сегодня. Я предоставил(а) родителю/опекуну (или самому пациенту) информацию о пользе и побочных эффектах вакцинации и методах, применяемых при лечении пациентов, страдающих от нежелательных последствий вакцинации. Подпись и личная печать врача с указанием фамилии:			

Этот предварительный опросник используется для повышения безопасности вакцинации. Пациент был осмотрен врачом. Информация, касающаяся целей вакцинации, пользы, а также рисков (в том числе серьезных побочных эффектов), которые может нести в себе вакцинация, а также методы лечения нежелательных эффектов были мне подробно разъяснены врачом. Я считаю, что понял(а) эту информацию. Я (даю согласие/не даю согласие)* на проведение пациенту вакцинации. * Обведите Ваш ответ.
Я понял(а) все, написанное выше и соглашаюсь с тем, чтобы данный опросник был передан в учреждение здравоохранения.

Подпись родителя/опекуна (или пациента, если он состоит в браке):

Наименование вакцины	Дозировка	Лечебное учреждение / Фамилия врача / Дата введения
Наименование вакцины Номер партии Предупреждение! Подтвердите, что срок годности не истек.	Внутримышечная инъекция 0,5 мл	Лечебное учреждение: Фамилия врача: Дата введения: / / (д/м/г)

* Если пациент состоит в браке, то отвечать на данный вопрос не надо.

Предварительный опросник перед вакцинацией против вируса папилломы человека (для детей без сопровождения родителей/опекуна)

Разъясняющая информация перед вакцинацией против вируса папилломы человека

○ Указание для родителей/опекунов: внимательно прочитайте этот документ.

*** [Для родителей/опекунов детей, которые проходят вакцинацию и чей возраст соответствует от шестого класса начальной школы до первого класса средней школы]**

Ранее дети, проходившие вакцинацию против вируса папилломы человека, должны были сопровождаться родителями/опекунами; однако при вакцинации против вируса папилломы человека детей в возрасте 13 лет и старше (с первого класса неполной средней школы до первого класса средней школы) они могут быть привиты без сопровождения при условии, что родители/опекуны прочитали, поняли и подписали настоящий документ, разрешающий проведение вакцинации ребенку.

(Пожалуйста, проверьте чтобы Ваш ребенок принес этот документ с собой на вакцинацию.)

Если перед тем, как подписать данный документ, у Вас возникли какие-либо вопросы, касающиеся вакцинации, проконсультируйтесь у врача, в поликлинике или ином медицинском учреждении, ответственном за проведение вакцинации, получите полные ответы на все вопросы, касающиеся как возможной пользы, так и возможных рисков вакцинации, и только после этого принимайте окончательное решение о ее проведении.

1 Признаки вируса папилломы человека (ВПЧ)

Папилломавирус человека поражает эпителий кожи и слизистые оболочки. На сегодняшний день выделено более 100 типов вируса. Вирусы, инфицирующие слизистые оболочки, главным образом поражают половые органы через небольшие раны на слизистой, появившиеся в результате полового акта. По оценкам, более 50% женщин за рубежом, которые имели сексуальный опыт, хотя бы однажды в жизни были инфицированы этими вирусами.

Не менее 15 типов папилломавируса человека, поражающих слизистые оболочки, провоцируют рак шейки матки и называются «ВПЧ высокого онкогенного риска». Часто обнаруживаются два ВПЧ высокого онкогенного риска, а именно типов 16 и 18, и исследования подтверждают наличие этих двух вирусов у 70% больных раком шейки матки за рубежом. Предполагается, что помимо рака шейки матки, два этих типа вируса непосредственно связаны по меньшей мере с 90% случаев заболеваний раком анального канала и 40% случаев заболеваний раком влагалища, вульвы и полового члена за рубежом. Доказано, что вирусы, которые не относятся к категориям высокого онкогенного риска, вызывают остроконечные кондиломы (доброкачественные половые бородавки).

2 Польза от вакцинации и ее побочные эффекты

В состав вакцины входят вирусные компоненты нескольких типов вирусов папилломы человека (ВПЧ), благодаря чему прошедшие вакцинацию дети приобретают к ним иммунитет. Дети, имеющие иммунитет к ВПЧ, защищены от этого заболевания.

Иногда вакцинация приводит к возникновению легких побочных эффектов, и очень редко - к развитию тяжелых побочных эффектов. Иногда после вакцинации могут наблюдаться следующие реакции:

Основные побочные эффекты ВПЧ-вакцины

Среди основных побочных эффектов встречаются повышение температуры тела и местные реакции (боль, покраснение и припухлость). Иногда после вакцинации случаются болевой обморок или психогенная реакция, вызванная инъекцией. Чтобы избежать падения в результате обморока, после введения вакцины детям следует не вставать с кушетки в течение 30 минут, оставаясь под наблюдением.

В редких случаях отмечаются серьезные нежелательные реакции, включая анафилаксию (даже анафилактический шок, сыпь и затруднение дыхания), синдром Гийена-Барре, тромбоцитопеническую пурпуру (кровотечение в кожу, кровотечение из носа и слизистой оболочки полости рта), а также острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ).

3 Поддержка пациентов, у которых вследствие вакцинации развились побочные эффекты

○ Лицо, у которого в результате вакцинации развились побочные эффекты, требующие лечения или приведшие к нарушению обычной жизнедеятельности, может получить компенсацию от государства в соответствии с действующим законодательством (закон о профилактической вакцинации).

○ В такую компенсацию входит возмещение затрат на лечение, медицинские льготы, пенсия при возникновении инвалидности, единовременные выплаты в случае смерти и компенсация затрат на похороны, которые оцениваются по закону в соответствии с тяжестью поражения. Соответствующая компенсация выплачивается согласно законодательству. Все компенсации кроме единовременной выплаты в случае смерти и затрат на похороны регулярно выплачиваются до окончания лечения или до наступления улучшения в состоянии здоровья.

○ Выплата компенсации пациенту производится после того, как соответствующие поражения будут подтверждены экспертной комиссией как возникшие вследствие вакцинации. В состав такой комиссии входят специалисты по вакцинации, инфекционным болезням, юристы и другие специалисты, которые рассматривают взаимосвязь между возникшим поражением и вакцинацией, и устанавливают связь данного поражения с вакцинацией или с другими факторами (с инфекцией до или после вакцинации или с другими причинами).

* Если Вы считаете, что Вам необходимо подать заявку на получение компенсации, проконсультируйтесь у врача, который обследовал Вашего ребенка перед проведением вакцинации, в поликлинике или ином учреждении здравоохранения, ответственном за проведение вакцинации.

4 Предупреждения, касающиеся проведения вакцинации

Вакцинация должна проводиться только детям с хорошим состоянием здоровья. Если у Вашего ребенка имеются какие-либо нарушения здоровья, перед принятием решения о проведении вакцинации проконсультируйтесь со врачом.

Если у Вашего ребенка имеется одно из указанных ниже явлений, то он/она не могут быть вакцинированы.

- 1) Явное повышение температуры (37,5°C или выше)
 - 2) Острое или тяжелое заболевание
 - 3) Перенесенные ранее анафилактические реакции, возникшие вследствие контакта с любым из компонентов, входящих в состав вакцины
 - 4) Другие состояния, которые врач считает нежелательными
- Если Ваша дочь беременна, вакцинацию проводить не следует.

○ Указание для родителей/опекунов: Внимательно ознакомьтесь с приведенной далее информацией.

После того как Вы внимательно прочитаете и убедитесь, что полностью поняли представленную выше информацию, Вам надлежит принять решение, будет или не будет Ваш ребенок проходить вакцинацию. Если Вы решите пройти вакцинацию, то подпишите, пожалуйста, следующее заявление в колонке для родителя/опекуна. **Без Вашей подписи Ваш ребенок не будет допущен к вакцинации.**

Если Вы не желаете проводить вакцинацию, то не подписывайте этот документ.

Я прочитал(-а) разъясняющую информацию касательно вакцинации против вируса папилломы человека и полностью понял(-а) всю пользу и риски побочных действий вакцины, а также систему поддержки людей, пострадавших в результате профилактической вакцинации. Принимая это во внимание, я соглашаюсь на вакцинацию моего ребенка.

Я понимаю, что этот документ создан для того чтобы помочь родителям и опекунам лучше понять, что такое вакцинация и соглашаюсь на то чтобы эта форма была передана в государственные органы.

Подпись родителя/опекуна: _____

Адрес: _____

Номер телефона для звонков в случае необходимости: _____

* Настоящая форма необходима для вакцинации против вируса папилломы человека детей без сопровождения родителей/опекунов. Проверьте, чтобы Ваш ребенок представил эту форму при прохождении вакцинации без сопровождения.

Без Вашей подписи Ваш ребенок не будет допущен к вакцинации.

Предварительный опросник

		Температура тела перед опросом		°C
Адрес				
Фамилия и имя ребенка	М Ж	Дата рождения	Родился Возраст (/ / (д/м/г) лет месяцев)

Анкета перед проведением вакцинации	Ответы		Комментарии врача
Болен ли ребенок в настоящий момент? Если болен, то опишите, какие заболевания у него имеются. ()	Да	Нет	
Болеет ли ребенок в течение последнего месяца? Наименование заболевания ()	Да	Нет	
Проводились ли ребенку в течение последнего месяца вакцинации? Наименование вакцины ()	Да	Нет	
Имеются ли у ребенка врожденные аномалии, заболевания сердца, почек, печени, центральной нервной системы, иммунные нарушения или другие заболевания, по поводу которых ребенок наблюдался у врача? Наименование заболевания ()	Да	Нет	
Если у ребенка имеется подобное заболевание, не возражает ли лечащий врач против проведения сегодняшней вакцинации	Да	Нет	
Наблюдались ли ранее у ребенка судороги (спазмы или конвульсии)? Если да, то в каком возрасте? ()	Да	Нет	
Если у ребенка были судороги, имел ли место подъем температуры тела в то же самое время?	Да	Нет	
Имелась ли у ребенка сыпь или волдыри (крапивница), которые расценивались как реакция на лекарственные препараты или пищевые продукты и не возникали ли у ребенка нарушения состояния здоровья после употребления определенных пищевых продуктов или медикаментов?	Да	Нет	
Имеются ли среди родственников ребенка или членов его семьи лица с врожденными иммунодефицитами?	Да	Нет	
Наблюдались ли ранее у ребенка серьезные реакции на введение вакцины? Наименование вакцины ()	Да	Нет	
Наблюдались ли у членов семьи или родственников ребенка серьезные реакции на введение вакцины?	Да	Нет	
Имеется ли возможность беременности (например, задержка менструации или ее отсутствие)? [Предупреждение] Беременным женщинам при вакцинации должно уделяться особое внимание.	Да	Нет	
<p>Этот предварительный опросник используется для повышения безопасности вакцинации. Вы согласны, с учетом прошлых заболеваний и настоящего состояния ребенка, на его вакцинацию? Я (даю согласие/не даю согласие)* на проведение вакцинации ребенку. * Обведите Ваш ответ. Я понял(а) все, написанное выше и соглашаюсь с тем, чтобы данный опросник был передан в учреждение здравоохранения.</p> <p>Подпись родителя/опекуна:</p>			

<p>Комментарии врача</p> <p>После ознакомления с ответами на приведенные выше вопросы и с результатами беседы, я принял(а) решение о том, что вакцинация пациенту (может/не может) быть проведена сегодня.</p> <p>Я предоставил(а) родителю информацию о пользе и побочных эффектах вакцинации и методах, применяемых при лечении пациентов, страдающих от нежелательных последствий вакцинации.</p> <p>Подпись и личная печать врача с указанием фамилии:</p>
--

Наименование вакцины	Дозировка	Лечебное учреждение / Фамилия врача / Дата введения
Наименование вакцины Номер партии Предупреждение! Подтвердите, что срок годности не истек.	Внутримышечная инъекция 0,5 мл	Лечебное учреждение: Фамилия врача: Дата введения: / / (д/м/г)

Предварительный опросник перед вакцинацией против вируса гепатита В

		Температура тела перед опросом		°C
Адрес				
Фамилия и имя ребенка		М Ж	Дата рождения	Родился / / (д/м/г) Возраст (лет месяцев)
Фамилия и имя родителя/ опекуна				

Анкета перед проведением вакцинации	Ответы		Комментарии врача
Ознакомились ли Вы с документами (которые были Вам выданы ранее), разъясняющими особенности вакцинации, проведение которой планируется сегодня?	Да	Нет	
Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы о Вашем ребенке.			
Вес при рождении () г Имелись ли у ребенка при рождении какие-либо отклонения?	Да	Нет	
() г Имелись ли у ребенка какие-либо отклонения после рождения?	Да	Нет	
Были ли выявлены какие-либо нарушения при врачебных осмотрах ребенка?	Да	Нет	
Болен ли ребенок в настоящий момент? Если болен, то опишите, какие заболевания у него имеются. ()	Да	Нет	
Болен ли ребенок в течение последнего месяца? Наименование заболевания ()	Да	Нет	
В течение последнего месяца болел ли кто-либо из членов Вашей семьи или из лиц, контактирующих с ребенком, корью, краснухой, ветряной оспой или свинкой? Наименование заболевания ()	Да	Нет	
Проводились ли ребенку в течение последнего месяца вакцинации? Наименование вакцины ()	Да	Нет	
Имеются ли у ребенка врожденные аномалии, заболевания сердца, почек, печени, центральной нервной системы, иммунные нарушения или другие заболевания, по поводу которых ребенок наблюдался у врача? Наименование заболевания ()	Да	Нет	
Если у ребенка имеется подобное заболевание, не возражает ли лечащий врач против проведения сегодняшней вакцинации?	Да	Нет	
Наблюдались ли ранее у ребенка судороги (спазмы или конвульсии)? Если да, то в каком возрасте? ()	Да	Нет	
Если у ребенка были судороги, имел ли место подъем температуры тела в то же самое время?	Да	Нет	
Имелась ли у ребенка сыпь или волдыри (крапивница), которые расценивались, как реакция на лекарственные препараты или пищевые продукты и не возникали ли у ребенка нарушения состояния здоровья после употребления определенных пищевых продуктов или медикаментов?	Да	Нет	
Наблюдается ли у ребенка гиперчувствительность к латексу*?	Да	Нет	
Имеются ли среди родственников ребенка или членов его семьи лица с врожденными иммунодефицитами?	Да	Нет	
Наблюдались ли ранее у ребенка серьезные реакции на введение вакцины? Наименование вакцины ()	Да	Нет	
Наблюдались ли у членов семьи или родственников ребенка серьезные реакции на введение вакцины?	Да	Нет	
Получал ли ребенок переливания крови или ее препаратов, а также гамма-глобулины в течение последних 6 месяцев?	Да	Нет	
Проводилась ли вакцинация ребенка против вируса гепатита В после рождения для предотвращения заражения от матери?	Да	Нет	
Имеются ли у Вас какие-либо вопросы, касающиеся сегодняшней вакцинации?	Да	Нет	
<p>Комментарии врача</p> <p>После ознакомления с ответами на приведенные выше вопросы и с результатами беседы, я принял(а) решение о том, что вакцинация ребенку (может/не может) быть проведена сегодня.</p> <p>Я предоставил(а) родителю/опекуну информацию о пользе и побочных эффектах вакцинации и методах, применяемых при лечении пациентов, страдающих от нежелательных последствий вакцинации.</p> <p>Подпись и личная печать врача с указанием фамилии:</p>			

Этот предварительный опросник используется для повышения безопасности вакцинации. Ребенок был осмотрен врачом. Информация, касающаяся целей вакцинации, пользы, а также рисков (в том числе серьезных побочных эффектов), которые может нести в себе вакцинация, были мне подробно разъяснены врачом. Я также ознакомлен(а) с методами лечения нежелательных эффектов. Я считаю, что понял(а) эту информацию.

Я (даю согласие/не даю согласие)* на проведение вакцинации ребенку. * Обведите Ваш ответ.

Я понял(а) все, написанное выше и соглашаюсь с тем, чтобы данный опросник был передан в учреждение здравоохранения.

Подпись родителя/опекуна:

Наименование вакцины	Дозировка	Лечебное учреждение / Фамилия врача / Дата введения
Наименование вакцины Номер партии Предупреждение! Подтвердите, что срок годности не истек.	* (Подкожная инъекция) мл	Лечебное учреждение: Фамилия врача: Дата введения: / / (д/м/г)

[Примечание] Гиперчувствительность к латексу — это гиперчувствительность немедленного типа к изделиям из натурального латекса. Подозрение на гиперчувствительность возникает при появлении аллергических реакций во время использования перчаток из латекса. Также следует посоветоваться с врачом, если у ребенка есть аллергия на фрукты и другие продукты, дающие перекрестную реакцию с латексом (бананы, каштаны, киви, авокадо, дыня и др.).

