

Форма 2

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

		Температура тела перед опросом		°C
Адрес		M	Дата рождения	Родился / / (д/м/г) Возраст (лет месяцев)
Фамилия и имя ребенка		J		
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	Имелось ли у ребенка при рождении какие-либо отклонения? Имелось ли у ребенка какие-либо отклонения после рождения?	Да Да Нет Нет	
Были ли выявлены какие-либо нарушения при врачебных осмотрах ребенка?		Да Да Нет Нет	
Болен ли ребенок в настоящий момент? Если болен, то опишите, какие заболевания у него имеются. ()		Да Да Нет	
Болел ли ребенок в течение последнего месяца? Наименование заболевания ()		Да 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 Да Нет	
Имел ли ребенок контакт с больными туберкулезом (включая членов семьи)?		Да Да Нет	
Проводились ли ребенку в течение последнего месяца вакцинации? Наименование вакцины ()		Да 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 Да Нет	
Если у ребенка имеется подобное заболевание, не возражает ли лечащий врач против проведения сегодняшней вакцинации?		Да Да Нет	
Наблюдались ли ранее у ребенка судороги (спазмы или конвульсии)? Если да, то в каком возрасте? ()		Да Да Нет	
Если у ребенка были судороги, имел ли место подъем температуры тела в то же самое время?		Да 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 Да Нет	
Имеются ли среди родственников ребенка или членов его семьи лица с врожденными иммунодефицитами?		Да Да Нет	
Наблюдались ли ранее у ребенка серьезные реакции на введение вакцины? Наименование вакцины ()		Да Да Нет	
Наблюдались ли у членов семьи или родственников ребенка серьезные реакции на введение вакцины?		Да Да Нет	
Получал ли ребенок переливания крови или ее препаратов, а также гамма-глобулины в течение последних 6 месяцев?		Да Да Нет	
Имеются ли у Вас какие-либо вопросы, касающиеся сегодняшней вакцинации?		Да Да Нет	
Комментарии врача 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. Я предоставил(а) родителю/опекуну 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. 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».

Форма 3

Предварительный опросник перед вакцинацией против вируса папилломы человека

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

*Если получателю вакцины 16 лет или больше, заполнять данную графу не нужно.

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	
В какой раз Вы проходите вакцинацию?		1-й раз	2-й раз	3-й раз
(В случае получения вакцины во 2-й или 3-й раз) Пожалуйста, укажите вид(ы) вакцины, полученной до настоящего времени, дату(ы) получения вакцины и возраст на момент получения вакцины.		1-й раз	/ / / (год/месяц/день/лет) ① / ② / ③ / ④	
(Примечание 1) Пожалуйста, обведите соответствующий вид вакцины: ① Церварикс (бивалентная), ② Гардасил (квадривалентная), ③ Силгард (9-валентная), ④ Другая вакцина. (Примечание 2) В случае вакцины ③ Силгард (9-валентная) вакцинация возможно завершить, получив в общей сложности две дозы, при этом 1-я доза должна быть введена в возрасте до 14 лет включительно, а 2-я — с интервалом не менее 5 месяцев. (Примечание 3) Родитель/опекун или получатель вакцины и врач должны проверить, правильно ли указаны полученные ранее вакцины. Если записи о полученных ранее вакцинах недоступны и вид(ы) вакцины неизвестен(ны), врач должен сделать пометку "Неизвестно".			/ / / (год/месяц/день/лет)	
2-й раз		① / ② / ③ / ④		
Какой вид вакцины вы хотите получить сегодня?		① / ② / ③		
(Примечание) Пожалуйста, обведите соответствующий вид вакцины: ① Церварикс (бивалентная), ② Гардасил (квадривалентная), ③ Силгард (9-валентная).				
Болен ли пациент в настоящий момент?		Да	Нет	
Если да, опишите подробно, какие у него имеются заболевания. ()				
Болел ли пациент в течение последнего месяца?		Да	Нет	
Наименование заболевания ()				
Получал ли пациент вакцинации в течение последнего месяца?		Да	Нет	
Наименование вакцины ()				
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?		Да	Нет	
Наименование заболевания ()				
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)?		Да	Нет	
Если да, то в каком возрасте? ()				
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?		Да	Нет	
Наименование вакцины ()				
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)? [Примечание] 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) получателю вакцины (родителю/опекуну получателя вакцины в возрасте младше 16 лет) информацию о пользе и побочных эффектах вакцинации, а также о системе помощи лицам, понесшим ущерб здоровью в результате 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 получателя вакцины:

(*Если получателю вакцины менее 16 лет, родитель/опекун должен поставить свою подпись.)

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

Форма 4

**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.

* [Родителям/опекунам детей возрастной группы от 6-го класса младшей школы до 1-го класса старшей школы, для которой предназначена вакцинация (за исключением детей в возрасте 16 лет и старше)]

Ранее дети, проходившие вакцинацию, должны были сопровождаться родителями/опекунами; однако теперь дети в возрасте 13 лет и старше (с 1-го класса средней школы до 1-го класса старшей школы (за исключением детей в возрасте 16 лет и старше)) могут получить вакцину против вируса папилломы человека без сопровождения при условии, что родители/опекуны прочитали, поняли и подписали настоящий документ, разрешающий проведение вакцинации их 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 (добропачественные 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 пурпур (кровоизлияние в кожу, кровотечение из носа и слизистой оболочки полости рта), а также острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ).

* Для получения более подробной информации, пожалуйста, ознакомьтесь также с веб-сайтами муниципалитетов и информационными листовками, рассыпаемыми в индивидуальном порядке.

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 посчитает нежелательными
- Если Ваша дочь беременна, вакцинацию проводить не следует.

о 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 младше 16 летне 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 такая 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. Позаботьтесь, чтобы Ваш ребенок младше 16 лет обязательно представил эту форму при прохождении вакцинации без Вашего сопровождения.

Без Вашей подписи на Предварительном опроснике Ваш ребенок младше 16 летне будет допущен к вакцинации.

Предварительный опросник

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

Анкета перед проведением вакцинации		Ответы		Комментарии врача	
Ознакомились ли Вы с материалами, выданными Вашим муниципалитетом, в которых разъясняются особенности вакцинации, проведение которой планируется сегодня?		Да Нет			
В какой раз Вы получаете вакцину?		1-й раз	2-й раз	3-й раз	
(В случае получения вакцины во 2-й или 3-й раз) Пожалуйста, укажите вид(ы) вакцины, полученной до настоящего времени, дату(ы) получения вакцины и возраст на момент получения вакцины.		1-й раз	/ / / (год/месяц/день/лет)		
(Примечание 1) Пожалуйста, обведите соответствующий вид вакцины: ① Церварикс (бивалентная), ② Гардасил (квадривалентная), ③ Силгард (9-валентная), ④ Другая вакцина.			① / ② / ③ / ④		
(Примечание 2) В случае вакцины ③ Силгард (9-валентная) вакцинацию возможно завершить, получив в общей сложности две дозы, при этом 1-я доза должна быть введена в возрасте до 14 лет включительно, а 2-я — с интервалом не менее 5 месяцев.		2-й раз	/ / / (год/месяц/день/лет)		
(Примечание 3) Родитель/опекун или получатель вакцины и врач должны проверить, правильно ли указаны полученные ранее вакцины. Если записи о полученных ранее вакцинах недоступны и вид(ы) вакцины неизвестен(ны), врач должен сделать пометку "Неизвестно".			① / ② / ③ / ④		
Какой вид вакцины вы хотите получить сегодня?		① / ② / ③			
(Примечание) Пожалуйста, обведите соответствующий вид вакцины: ① Церварикс (бивалентная), ② Гардасил (квадривалентная), ③ Силгард (9-валентная).					
Болен ли ребенок в настоящий момент? Если болен, то опишите, какие заболевания у него имеются. ()		Да	Нет		
Болел 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)? [Примечание] Беременным женщинам при вакцинации должно уделяться особое внимание.		Да	Нет		
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.					
Подпись родителя/опекуна:					

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 проведена сегодня.

Я предоставил(а) родителю 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:

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

Форма 8

Предварительный опросник перед вакцинацией против вируса гепатита В

Температура тела перед опросом					°C
Адрес		M Ж	Дата рождения	Родился / / (д/м/г) Возраст (лет месяцев)	
Фамилия и имя ребенка					
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	Имелось ли у ребенка при рождении какие-либо отклонения? Имелось ли у ребенка какие-либо отклонения после рождения?	Да Да Да	Нет Нет Нет
Были ли выявлены какие-либо нарушения при врачебных осмотрах ребенка?		Да	
Болен ли ребенок в настоящий момент? Если болен, то опишите, какие заболевания у него имеются. ()		Да	Нет
Болел 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
Наблюдаются 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
Комментарии врача			
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.			
Я представил(а) родителю/опекуну 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. 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, дыни и др.).

Опросный лист для предварительного осмотра перед проведением профилактической вакцинации против ротавирусной инфекции

* Родители/опекуны заполняют поля внутри жирной рамки.

Адрес (включая почтовый индекс)			Дата прививки	год	месяц	день
			Температура тела перед осмотром			
Имя и фамилия, вакцинируемого	Пол: М / Ж		Телефон	() -		
			Дата рождения	год	месяц	день
Фамилия и имя родителя/опекуна				(недель дней с даты рождения) (недель дней с даты рождения) высчитывают, принимая день следующий за днем рождения за первый день.		

Если это 1-ая по счету прививка, убедитесь в том, что на данный момент с даты рождения прошло не более 14 недель и 6 дней.

Поле, заполняемое медицинским учреждением
(Поставить

Вопросы	Ответы			Комментарии врача	
	1-ая	2-ая	3-я		
Какая по счету эта прививка?					
Напишите даты предыдущих вакцинаций. (Только если сегодняшняя вакцинация 2-ая или 3-я)	1-ая	год	месяц	день	
*Убедитесь, что с момента предыдущей прививки против ротавируса прошло 27 дней или более.	2-ая	год	месяц	день	
Вы ознакомились с брошюрой о сегодняшней профилактической вакцинации, выданную местной администрацией?	Да	Нет			
Вы поняли о действии и побочных реакциях сегодняшней профилактической прививки?	Да	Нет			
Вы получили разъяснения о кишечной инвагинации (непроходимости кишечника) и поняли их?	Да	Нет			
Далее вопросы о истории развития вашего ребенка:					
Вес при рождении:					грамм
Были ли отклонения от нормы при родах?	Да	Нет			
Были ли отклонения от нормы после рождения?	Да	Нет			
Были ли выявлены какие-нибудь отклонения от нормы при медицинском осмотре младенца?	Да	Нет			
Сегодня есть ли какие-нибудь проблемы со здоровьем у ребенка?	Да	Нет			
Напишите какие конкретно симптомы. ()	Да	Нет			
Была ли какие-либо заболевания в течение последнего месяца?	Да	Нет			
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?	Да	Нет			
Наименование заболевания ()	Да	Нет			
Проводились ли ребенку в течение последнего месяца вакцинации?	Да	Нет			
Наименование вида вакцины () Дата вакцинации ()	Да	Нет			
Была ли у ребенка кишечная инвагинация (непроходимость кишечника)? Также, имеются ли у ребенка врожденные нарушения работы желудочно-кишечного тракта?	Да	Нет			
*В этом случае нельзя проводить вакцинацию против ротавирусной инфекции.	Да	Нет			
Ставили ли ребенку ранее диагноз иммунной недостаточности? Также, были ли у ребенка такие инфекционные заболевания, как воспаление легких, воспаление (отит) среднего уха; наблюдались ли: повторяющийся понос, плохой набор веса и т.п.?	Да	Нет			
* В этом случае есть вероятность, что вакцинация против ротавирусной инфекции не может быть проведена.	Да	Нет			
Имеются ли у ребенка врожденные аномалии, заболевания желудочно-кишечного тракта, сердца, почек, печени, крови, центральной нервной системы или другие заболевания, по поводу которых ребенок наблюдался у врача?	Да	Нет			
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)? (примерно в месяцев)	Да	Нет			
При этом наблюдалась ли повышенная температура?	Да	Нет			
Не возникали ли у ребенка сыпь, крапивница или нарушения состояния здоровья, как реакция на лекарственные препараты или пищевые продукты?	Да	Нет			
Наименование лекарства, продукта ()	Да	Нет			
Наблюдались ли ранее у ребенка ухудшение здоровья, как реакция на введение вакцины?	Да	Нет			
Наименование вакцины ()	Да	Нет			
Во время беременности вводили ли матери иммунодепрессанты?	Да	Нет			
Наименование препарата ()	Да	Нет			
Имеются ли среди близких родственников ребенка лица с врожденными иммунодефицитом?	Да	Нет			
Наблюдались ли у близких родственников ребенка ухудшение здоровья, как реакция на введение вакцины?	Да	Нет			
Делали ли до сих пор ребенку переливание крови или инъекции гамма-глобулина?	Да	Нет			
Имеются ли у Вас какие-либо вопросы, касающиеся сегодняшней вакцинации?	Да	Нет			

Графа для заполнения врачом

После ознакомления с ответами на приведенные выше вопросы и по результатам беседы, я принял(а) решение о том, что вакцинация ребенку (**может / не может**) быть проведена сегодня.

Я предоставил(а) родителю/опекуну информацию, о действии вакцины и побочных эффектах (особенно о кишечной инвагинации) и системе поддержки в случае нарушения здоровья в результате профилактической вакцинации.

Подпись и личная печать врача с указанием имени и фамилии:

Для заполнения родителем/опекуном

Прием у врача был пройден, я получил(а) разъяснения врача, касающиеся пользы и целей вакцинации, а также вероятности серьезных побочных эффектов (особенно кишечной инвагинации). Я также ознакомлен(а) с системой поддержки в случае нарушения здоровья в результате профилактической вакцинации. Я считаю, что понял(а) эту информацию. Я (**даю согласие / не даю согласие**)* на проведение вакцинации ребенку. * Обведите Ваш ответ.

Целью данного опросного листа является обеспечение безопасности профилактической прививки. Я подтверждаю, что понимаю это и согласен/согласна на предоставление данного опросного листа органам местной администрации.

Подпись родителя/опекуна

Наименование вакцины	Дозировка		Место проведения, фамилия и имя врача, дата вакцинации			
Наименование вакцины: Номер партии: Внимание! Убедитесь, что срок годности не истек!	Пероральная вакцинация		Место проведения: Фамилия и имя врача: Дата прививки:	год	месяц	день
	ROTATEC® 2мл	ROTARIX® 1,5 мл				