

Consimțământul informat pentru vaccinarea anti-COVID-19

Centrul de vaccinare Instituția medico-sanitară publică _____

Eu, subsemnatul (a) _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) de a fi imunizat(ă) cu vaccinul anti-COVID-19.

Beneficiile și riscurile vaccinării mi-au fost explicate de personalul medical. Am fost informat(ă), că vaccinul se administrează în două etape, ambele fiind părți integrate a unei vaccinări. Prin semnarea acestui consimțământ, sunt de acord să primesc prima și a doua doză de vaccin.

Mi-a fost explicat și am înțeles, că vaccinul COVID-19 mă va proteja de infecție, de formele severe de boală și de urmările grave, provocate de COVID-19, care pot cauza inclusiv decesul.

Am fost informat(ă) despre reacțiile obișnuite, asociate cu vaccinul COVID-19: durere, roșeață sau umflături la locul injectării, oboseală, cefalee, dureri musculare, frisoane, dureri articulare, febră, greață, senzație de rău sau umflare a ganglionilor limfatici. Înțeleg, că în anumite cazuri rare vaccinul poate provoca o reacție alergică severă, care poate include dificultăți de respirație, umflarea feței și a

gâtului, bătăi rapide ale inimii, erupții pe tot corpul, amețeli și / sau slăbiciune. Înțeleg, de asemenea, că acestea posibil s-ă nu fie toate efectele secundare ale vaccinului COVID- 19, deoarece vaccinul este unul nou, iar efectele secundare pe termen lung sau complicațiile acestui vaccin nu sunt cunoscute la acest moment.

SUNT DE ACORD SĂ AȘTEPT TIMP DE 15/30 DE MINUTE DUPĂ CE AM PRIMIT VACCINUL PENTRU A FI SUPRAVEGHEAT.

DACĂ AM AVUT ANTERIOR O REACȚIE ALERGICĂ SEVERĂ LA UN VACCIN SAU MEDICAMENT INJECTABIL, SUNT DE ACORD SĂ AȘTEPT TIMP DE 30 DE MINUTE DUPĂ CE AM PRIMIT VACCINUL PENTRU A FI SUPRAVEGHEAT. În cazul în care va apărea o reacție adversă în urma administrării vaccinului în următoarele 30 de zile, voi informa imediat lucrătorul medical.

Eu am înțeles tot ce mi-a explicat medicul și am primit răspunsuri la toate întrebările mele.

Benevol dau acordul și conștient exprim consimțământul pentru administrarea vaccinului.

Data _____

Semnătura pacientului (reprezentantului legal) _____

Confirm, că eu i-am explicat pacientului scopul, beneficiile și riscurile administrării vaccinului anti-COVID-19.

Data _____

Semnătura medicului _____