Приложение

**Алгоритм вакцинация иностранных граждан против новой коронавирусной инфекции CОVID-19**

**Порядок вакцинации для юридических лиц**

1. Запись на вакцинацию: направить заявку (наименование организации, списочный состав, контактное лицо с указанием телефона) на электронную почту a.konishcheva@sakhalin.gov.ru
2. Вакцинация проводится в медицинской организации или на предприятии (по согласованию):

- ГБУЗ «Городская поликлиника № 2 города Южно-Сахалинска» г. Южно-Сахалинск, проспект Мира, 85, вход в поликлинику с южной стороны, кабинет 13, время работы: понедельник-суббота с 10.00 до 17.00

- ГБУЗ «Городская поликлиника № 4 города Южно-Сахалинска» г. Южно-Сахалинск, ул. Комсомольская, 200, кабинет № 1 (оплата), прививочный кабинет № 5, время работы: понедельник-суббота с 14.00 до 19.00

1. Заключить договор с главным врачом медицинской организации на оказание платных услуг (в двух экземплярах), осуществить предоплату безналичным путем в размере 50 % от стоимости услуг. Стоимость вакцинации 1 чел. – 1200,00 руб.
2. В день вакцинации принести один из документов, удостоверяющий личность: паспорт иностранного гражданина, вид на жительство (иностранного гражданина, лицо без гражданства), удостоверение беженца, свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ, документ, удостоверяющий личность лица без гражданства, выданный иностранным государством, иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации; заполненную анкету (прилагается); СНИЛС (при наличии).
3. Проводится осмотр врача.
4. Постановка прививки медицинской сестрой, выдача сертификата о вакцинации, внесение в федеральный регистр вакцинированных.

**Порядок вакцинации для физических лиц**

1. Запись на вакцинацию: физические лица - по телефону 1-300, добавочный 10
2. Вакцинация проводится в медицинской организации:

- ГБУЗ «Городская поликлиника № 2 города Южно-Сахалинска» г. Южно-Сахалинск, проспект Мира, 85, вход в поликлинику с южной стороны, кабинет 13, время работы: понедельник-суббота с 10.00 до 17.00

- ГБУЗ «Городская поликлиника № 4 города Южно-Сахалинска» г. Южно-Сахалинск, ул. Комсомольская, 200, кабинет № 1 (оплата), прививочный кабинет № 5, время работы: понедельник-суббота с 14.00 до 19.00

1. В день вакцинации принести один из документов, удостоверяющий личность: паспорт иностранного гражданина, вид на жительство (иностранного гражданина, лицо без гражданства), удостоверение беженца, свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ, документ, удостоверяющий личность лица без гражданства, выданный иностранным государством, иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации; заполненную анкету (прилагается); СНИЛС (при наличии.
2. В зоне оформления документов заполнить и подписать: добровольное информированное согласие на вакцинацию, договор на оказание платных услуг (в двух экземплярах).
3. В зоне подписания договоров сдать документы, произвести оплату безналичным путем – 1200,00 руб.
4. Осмотр врача, направление в прививочный кабинет.
5. Постановка прививки медицинской сестрой, выдача сертификата о вакцинации, внесение в федеральный регистр вакцинированных.

**Анкета**

(заполняется пациентом перед вакцинацией против новой коронавирусной инфекции)

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваш возраст \_\_\_\_\_\_ (полных лет)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вопрос** | **Да** | **Нет** |
| 1 | Проводились ли Вам профилактические прививки в течение последних 30 дней? |  |  |
| 2 | Являетесь ли Вы участником клинического исследования вакцины? |  |  |
| 3 | Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на профилактические прививки, в прошлом (анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°С)? |  |  |
| 4 | Имеются ли у Вас в настоящие время признаки простудного заболевания? |  |  |
| 5 | Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания (если да, то указать какое в примечании, п. 10) |  |  |
| 6 | Имеются ли у Вас заболевания, такие как: |  |  |
| - сердечно-сосудистые: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, эндокардит, перикардит или миокардит (указать какое в примечании, п.10)  |  |  |
| - эндокринные: сахарный диабет (указать уровень глюкозы при последнем измерении) |  |  |
| - центральной нервной системы: инсульт, эпилепсия, рассеянный склероз (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - крови: анемии, лейкозы, лимфогранулематоз, другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - почек (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - печени (указать какое в примечании, п.10)  |  |  |
| - легких: бронхиальная астма, ХОБЛ, другие (указать какое в примечании, п.10)  |  |  |
| - аутоиммунные: ревматические болезни, тиреоидит, псориаз и другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - иммунодефициты (указать заболевание в примечании, п.10)  |  |  |
| - онкологические (указать заболевание в примечании, п.10) |  |  |
| 7 | Принимали ли Вы в течение месяца следующие лекарственные препараты: глюкокортикостероиды, цитостатики, иммуносупрессоры, моноклональные антитела. Если принимали, то указать какие в примечании, п.10. |  |  |
| 8 | Беременность (для женщин) |  |  |
| 9 | Период грудного вскармливания (для женщин) |  |  |
| 10 | Примечание |

Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информация, заполняемая врачом:**

|  |  |
| --- | --- |
| - температура тела |  |
| - допущен / не допущен(при медицинском отводе – код МКБ-10 диагноза) |  |
| **- назначенная вакцина** | * **Спутник Лайт**
 |

**Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(ФИО)