

# ИНФЕКЦИИ (ВВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО КОМПОНЕНТА ВАКЦИН)

Фамилия **Иванов**  
Имя **Василий**  
Отчество **Михайлович**

Дата рождения **06.10.1963** Пол **муж**

Адрес проживания **г. Белев**

ПРОШЕЛ(ЛА) ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ НОВОЙ  
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

Дата выдачи **12.03.2021**  
(число, месяц, год)

Информация для пациента

- Сертификат удостоверяет факт выполненной иммунизации против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) только при наличии подписи врача и печати учреждения, где проводились прививки или заполнялся сертификат
- Сертификат хранится у граждан и предъявляется медицинским работникам в случае необходимости продолжения иммунизации
- Сведения внесены в соответствии с данными официальных форм медицинского учета системы здравоохранения РФ

Дата проведения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_ Наименование препарата, серия, доза, провайдент \_\_\_\_\_ ФИО, подпись врач, печ \_\_\_\_\_

Планируемая дата второго введения вакцины **05.03.2021**  
(число, месяц, год)

## ПРИВИВКА ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ВВЕДЕНИЕ ВТОРОГО КОМПОНЕНТА ВАКЦИН)

Дата проведения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_ Наименование препарата, серия, доза, провайдент \_\_\_\_\_ ФИО, подпись врач, печ \_\_\_\_\_

**05.03.2021** **г. Белев** **18.03.2021** **г. Белев**

## РЕГИСТРАЦИЯ ПОВОРОТНЫХ РЕАКЦИЙ ПОСЛЕ ИМУНИЗАЦИИ ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Дата возникновения побочных реакций (осторожений) \_\_\_\_\_ Характер реакции \_\_\_\_\_ ФИО, подпись врач, печ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_