

СЕРТИФИКАТ УДОСТОВЕРЯЕТ, ЧТО

ОБУЗ «Курская ЦРБ»

Фамилия *Михайлов*

Имя *Денис*

Отчество *Сергеевич*

Дата рождения *10.06.80* Пол *муж*

Адрес проживания *г. Курск*

ул. Звездная 13-44

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

Дата выдачи *07.07.2021*
(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

**ПРИВИВКА ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ (ВВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО КОМПОНЕНТА ВАКЦИНЫ)**

Дата проведения
(число, месяц, год)

07.07.2021

Наименование препарата,
серия, доза, производитель

*ГНМ-Леква. 5А
0.5
486050311
128.41*

ФИО, подпись врача, печать

Засколин С

Планируемая дата второго введения вакцины

28.07.2021
(число, месяц, год)

**ПРИВИВКА ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ (ВВЕДЕНИЕ ВТОРОГО КОМПОНЕНТА ВАКЦИНЫ)**

Дата проведения
(число, месяц, год)

Наименование препарата,
серия, доза, производитель

ФИО, подпись врача, печать

Для справки рецептов

**РЕГИСТРАЦИЯ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ ПОСЛЕ
ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ НОВОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Дата возникновения побочных
реакций (осложнений)
(число, месяц, год)

Характер реакции

ФИО, подпись врача, печать