

О ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19

Уважаемые жители!

Началась массовая вакцинация населения против COVID-19. Сотрудники Всеволожской клинической больницы отвечают на вопросы:

1. Какой вакциной будут прививать население?

В медицинское учреждение поставляется препарат "ГАМ-КОВИД-ВАК" (торговая марка «Спутник V») отечественного производства. Вакцинация им проводится дважды с интервалом в 21 день, внутримышечно, в плечо.

2. Кто может сделать прививку от COVID-19?

Все лица, старше 18 лет, не переболевшие COVID-19, и не имеющие противопоказаний. К противопоказаниям относятся гиперчувствительность (аллергия) к какому-либо компоненту вакцины. Из списка заболеваний, при которых прививку следует делать с осторожностью, исключены инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, иммунодефициты, заболевания легких, ХОБЛ, астма, диабе, атопия, экзема. В отдельную группу выделены пациенты с аутоимунными заболеваниями и новообразованиями – решение о целесообразности прививки принимает только врач. Нельзя делать прививку в период обострения тяжелых хронических заболеваний, в острый период заболевания ОРВИ. Также прививки противопоказаны беременным. Перед вакцинацией обязателен осмотр врачом или фельдшером, который измерит вам температуру, сатурацию, артериальное давление, оценит общее состояние вашего здоровья и даст допуск к процедуре. Такой же осмотр проводится и перед второй вакцинацией.

3. Какие побочные реакции могут быть после вакцинации?

После проведения вакцинации в первые - вторые сутки могут появиться кратковременные гриппоподобные симптомы – повышение температуры, общее недомогание, головная боль. Бывают болезненные ощущения в месте инъекции. Первые 30 минут после проведения вакцинации необходимо провести под наблюдением медицинского персонала. В течение 3-х дней после вакцинации не следует мочить место инъекции, не посещать сауну, баню, не принимать алкоголь, избегать чрезмерных физических нагрузок. Каждому пациенту после вакцинации выдается памятка. На конец января 2020 года в ВКМБ прошли вакцинацию 1000 человек, тяжелых побочных реакций не зафиксировано.

4. Где можно сделать прививку?

На базе Всеволожской КМБ организованы пункты в поликлинике Всеволожска. Также будут задействованы передвижные прививочные пункты, о графике работы которых можно будет узнать в амбулаториях, местных СМИ, в администрациях населенных пунктов Всеволожского района.

5. Как организован процесс вакцинации?

Вакцинация будет проводиться по записи строго в указанные при записи дату и время. Записаться можно по телефону единого колл-центра **тел. 8 (813 70) 43-149**, отправив заявку на электронную почту privivka_anticovid@vkmb.ru, а также через портал Госуслуги. Если вы отправляете заявку для внесения вас в лист ожидания, укажите свои данные – ФИО, дату рождения, место проживания, номер СНИЛС и полиса ОМС, и телефон для обратной связи.

6. Какие документы нужно иметь при себе?

При прохождении вакцинации необходимо иметь с собой документ, удостоверяющий личность, СНИЛС и полис ОМС. Перед вакцинацией все пациенты должны заполнить анкету (* - можете распечатать анкету, заполнить ее заранее и принести с собой), а также информированное добровольное согласие на проведение процедуры. После проведения вакцинации, сведения об этом в обязательном порядке вносятся в регистр вакцинированных от COVID-19 в ЕГИСЗ (Единая государственная информационная система здравоохранения).

Помните! Вакцинация против COVID-19 не отменяет для привитого пациента необходимость носить маски и перчатки, а также соблюдать социальную дистанцию.

Будьте здоровы!

Анкета пациента

	ДА	НЕТ
ФИО		
Дата рождения		
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?		
Болели ли Вы COVID 19? (если да, то когда)		
Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		
Последние 14 дней отмечались ли у Вас:		
• Повышение температуры		
• Боль в горле		
• Потеря обоняния		
• Насморк		
• Потеря вкуса		
• Кашель		
• Затруднение дыхания		
Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка Если «да» указать дату		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания Указать какие		
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней		
Принимаете ли Вы преднизолон?		
Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты?		
Принимаете ли Вы противовирусные препараты?		
Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение последнего года?		
Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		

Дата

Подпись