

Департамент здравоохранения штата Вермонт
Вторая доза вакцины от COVID-19
Форма информированного согласия

Имя, фамилия пациента: _____

Дата рождения: _____

Опубликовано Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC):

[Взаимозаменяемость вакцин от COVID-19](#)

При наличии показаний допускается применение любых вакцин от COVID-19, одобренных Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA); Консультативный комитет по проблемам вакцинации (ACIP) не подтвердил приоритетность какого-либо конкретного препарата. При этом вакцины от COVID-19 **не** являются взаимозаменяемыми. Оценка безопасности и эффективности курсов вакцинации, предусматривающих введение разных препаратов, не проводилась. Обе дозы должны относиться к одному и тому же препарату.

В исключительных случаях, когда невозможно определить, какая именно вакцина на основе мРНК использовалась при введении первой дозы, или если такого препарата больше нет в наличии, для завершения курса вакцинации от COVID-19 допускается применять любую доступную вакцину на основе мРНК, при этом минимальный интервал между дозами должен составлять 28 дней. В ситуациях, когда доступ к требуемой вакцине на основе мРНК временно отсутствует, рекомендуется перенести дату введения второй дозы (на срок до 6 недель), чтобы получить тот же препарат, а не завершать курс вакцинации с использованием разных препаратов. Если вводятся дозы двух разных вакцин от COVID-19 на основе мРНК (в том числе случайно), в применении дополнительных доз каждого из этих препаратов на данный момент нет необходимости. Лица, прошедшие такую вакцинацию, считаются полностью защищенными от COVID-19 через ≥ 2 недели после получения ими второй дозы вакцины на основе мРНК.

Безопасность и эффективность вакцины от COVID-19 Janssen, в случае ее введения после применения вакцины на основе мРНК, не были установлены. Тем не менее, в редких исключительных ситуациях, когда пациент, получивший первую дозу вакцины от COVID-19 на основе мРНК, не имеет возможности завершить курс вакцинации с использованием той же или другой вакцины на основе мРНК (например, в связи с противопоказаниями), не менее чем через 28 дней после того, как им была получена вакцина от COVID-19 на основе мРНК, ему может быть введена однократная доза вакцины Janssen. Считается, что пациенты, которым после получения дозы вакцины от COVID-19 на основе мРНК была введена вакцина Janssen, прошли полный курс вакцинации, предусматривающий однократную инъекцию вакцины Janssen, а не иммунизацию разными препаратами. Они приобретают полную защиту от COVID-19 через ≥ 2 недели после получения ими одной дозы вакцины Janssen.

**Департамент здравоохранения штата Вермонт
Вторая доза вакцины от COVID-19
Форма информированного согласия**

- Я уведомил(-а) персонал центра о препарате, который, по моему мнению, представляет собой одобренную вакцину от COVID-19 (например, Pfizer/BioNTech, Moderna) и использовался при введении мне (или вышеуказанному пациенту) первой дозы вакцины.
- Я уведомил(-а) персонал центра о дате, которая, по моему мнению, является точной и соответствует дню, в который я (или вышеуказанный пациент) получил(-а) первую дозу вакцины от COVID-19.
- Мне известно, что сотрудники Департамента здравоохранения штата Вермонт и данного центра вакцинации не смогут проверить точность предоставленной мной информации о препарате (например, Pfizer/BioNTech, Moderna), который использовался при введении мне (или вышеуказанному пациенту) первой дозы вакцины.
- Я ознакомился(-ась) с вышеуказанной информацией о взаимозаменяемости вакцин от COVID-19, предоставленной Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC), которая описывает аспекты использования других типов вакцин при введении второй дозы.
- Мне известно, что оценка безопасности и эффективности применения двух разных вакцин от COVID-19 (например, если при введении первой дозы используется вакцина Moderna, а при введении второй дозы – Pfizer/BioNTech) не проводилась, и каких-либо подтверждающих данных в этой связи получено не было.

Подпись пациента: _____

Дата подписания формы информированного согласия:

Подпись родителя/законного опекуна* (если пациенту меньше 18 лет):

*Если несовершеннолетнее лицо содержится под стражей, требуется подпись уполномоченного представителя.

Имя, фамилия родителя/законного опекуна (печатными буквами): _____

Номер телефона родителя/законного опекуна для звонков в дневное время:**

**На случай отсутствия родителя/законного опекуна в клинике.