

Приложение № 1
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1053 н

Форма

**Справка о проведенных профилактических прививках
против новой коронавирусной инфекции (COVID-19)
или наличии медицинских противопоказаний к вакцинации**

Фамилия _____
Имя _____
Отчество *(при наличии)* _____
Дата рождения (день, месяц, год) _____
Пол (мужской/женский) _____
Адрес места жительства _____
Сведения о документе, удостоверяющем личность _____
Страховой номер индивидуального лицевого счета *(при наличии)* _____
Полис обязательного медицинского страхования *(при наличии)* _____
Дата выдачи справки (число, месяц, год) _____

**1. Информация о проведенных профилактических прививках
против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (при наличии)**

Дата проведения вакцинации	Сведения о лекарственном препарате (наименование, производитель, серия)	Планируемая дата вакцинации вторым компонентом вакцины (при наличии)	Наименование медицинской организации	Фамилия и инициалы имени и отчества (при наличии), подпись врача, печать медицинской организации (при наличии)

**Информация о проведенной повторной вакцинации (ревакцинации)
(при наличии)**

Дата проведения ревакцинации	Сведения о лекарственном препарате (наименование, производитель, серия)	Планируемая дата вакцинации вторым компонентом вакцины (при наличии)	Наименование медицинской организации	Фамилия и инициалы имени и отчества (при наличии), подпись врача, печать медицинской организации (при наличии)

**Информация о побочных действиях после вакцинации (ревакцинации)
(при наличии)**

Дата возникновения побочных действий	Характер побочного действия	Наименование медицинской организации	Фамилия и инициалы имени и отчества (при наличии), подпись врача, печать медицинской организации (при наличии)

**2. Информация о наличии медицинских противопоказаний
к вакцинации (при наличии)**

Вид медицинских противопоказаний	Срок, на который установлены временные медицинские противопоказания	Наименование медицинской организации	Фамилия и инициалы имени и отчества (при наличии), подпись врача, печать медицинской организации (при наличии)