

**Сертификат удостоверяет, что**

Фамилия Саваданина

Имя Милвахи

Отчество Ташаевна

Дата рождения 28.03.1961 Пол жен  
(число, месяц, год)

Домашний адрес п. Мамедовое  
(город, улица, дом, квартира)

**Прошел(-ла) вакцинацию против новой коронавиральной инфекции (COVID-19)**

Дата выдачи 26.05.21  
(число, месяц, год)

**Информация для пациента**

- сертификат удостоверяет факт выполненной иммунизации против новой коронавиральной 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 учёта системы здравоохранения РФ, а также доступны в "Электронной медицинской карте"

**Прививка против новой коронавиральной инфекции (введение **первого** компонента вакцины)**

Дата проведения (число, месяц, год)

Наименование препарата, серия, доза, производитель

Наименование учреждения

Ф.И.О. подпись врача. Печать

05.05.21

Таш.Коблар.Вак сер 1-528 441. оф.дистрибутор. Уфа Вакт

Республиканский центр по профилактике и лечению заболеваний



Планируемая дата второго введения вакцины 26.05.21

**Прививка против новой коронавиральной инфекции (введение **второго** компонента вакцины)**

Дата проведения (число, месяц, год)

Наименование препарата, серия, доза, производитель

Наименование учреждения

Ф.И.О. подпись врача. Печать

26.05.21

Таш.Коблар.Вак сер 11-390 90 оф.дистрибутор. Уфа Вакт

Республиканский центр по профилактике и лечению заболеваний



**Регистрация побочных реакций после иммунизации против новой коронавиральной инфекции**

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

Характер реакции

Наименование учреждения

Ф.И.О. подпись врача. Печать

Дата возникновения побочных реакций (исключения) (число, месяц, год)	Характер реакции	Наименование учреждения	Ф.И.О. подпись врача. Печать