



МІНСКІ ГАРАДСКІ  
ВЫКАНАЎЧЫ КАМІТЭТ

КАМІТЭТ  
ПА АХОВЕ ЗДАРОЎЯ

ЗАГАД

20.09.2021 № 594

г. Мінск

МИНСКИЙ ГОРОДСКОЙ  
ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

КОМИТЕТ  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ПРИКАЗ

г. Минск

О проведении вакцинации  
против гриппа и COVID-19

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.09.2021 № 1091 «Об утверждении Порядка проведения вакцинации против гриппа и COVID-19»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Руководителям подчиненных комитету по здравоохранению Мингорисполкома организаций здравоохранения обеспечить:

1.1. исполнение Порядка проведения вакцинации против гриппа и COVID-19 согласно приложению 1;

1.2. обязательное оформление:

1.2.1. письменного информированного «Согласия на совместное проведение профилактических прививок против COVID-19 и гриппа» согласно приложению 2;

1.2.2. письменного информированного «Согласия на повторное проведение (бустерная вакцинация, ревакцинация) профилактических прививок против COVID-19 с использованием векторной вакцины для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, «Спутник Лайт» согласно приложению 3.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя председателя комитета по здравоохранению Мингорисполкома Удота П.С.

Председатель

Ж.В.Казачёнок

Приложение 1  
к приказу председателя  
комитета по здравоохранению  
Мингорисполкома

20.09.2021 № 598

**ПОРЯДОК**  
проведения вакцинации  
против гриппа и COVID-19

1. Настоящий Порядок проведения вакцинации против гриппа и COVID-19 (далее - Порядок) подготовлен с учетом решений, принятых на заседании экспертного совета по иммунизации Министерства здравоохранения Республики Беларусь, рекомендаций ВОЗ, зарубежных публикаций и материалов.

2. Проведение вакцинации против гриппа осуществляется в первую очередь:

взрослым лицам, закончившим курс вакцинации против COVID-19; контингентам детей 0-17 лет в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и детям, посещающим учреждения образования.

3. Разработка, при необходимости, индивидуального плана вакцинации для лиц, подлежащих вакцинации против гриппа и COVID-19 в период с сентября по декабрь 2021 г., предусматривающего:

первоочередное проведение курса вакцинации против COVID-19; проведение вакцинации против гриппа не ранее чем через 14 дней после завершения полного курса вакцинации против COVID-19; совместное (в один день) применение вакцины против COVID-19 и вакцины против гриппа (за исключением живых вакцин) по желанию пациента при отсутствии противопоказаний с обязательным оформлением письменного информированного согласия согласно приложению 2.

4. Использование векторной вакцины для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, «Спутник Лайт» для вакцинации следующих контингентов населения в возрасте 18 лет и старше:

4.1. в первоочередном порядке:

студентов, курсантов и учащихся очной формы обучения учреждений профессионально-технического, среднего специального и высшего образования;

лиц, призванных (призываемых) в 2021 г. на срочную военную службу;

4.2. в последующем порядке:

лиц, переболевших COVID-19, ранее не привитых против COVID-19;  
лиц, ранее привитых против COVID-19, по желанию и при наличии показаний (отсутствие антител IgG к S-белку SARS-CoV-2 у лиц, имеющих высокий риск профессионального заражения или высокий риск тяжелого течения COVID-19) с обязательным оформлением письменного информированного согласия согласно приложению 3.

5. Проведение вакцинации против гриппа осуществляется до 1 января 2022 г. (при условии отсутствия активной циркуляции вирусов гриппа).

Приложение 2  
к приказу председателя  
комитета по здравоохранению  
Мингорисполкома

20.09.2021 № 594

СОГЛАСИЕ  
на совместное проведение профилактических прививок  
против COVID-19 и гриппа

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, законного представителя)  
\_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства, пребывания)

номер телефона для связи \_\_\_\_\_

На основании статьи 44 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении» выражаю свое согласие на **совместное проведение (в один день)** профилактических прививок против COVID-19 и гриппа.

Настоящим подтверждаю, что проинформирован(а):  
о смысле и цели вакцинации,  
о возможности сделать прививки против COVID-19 и гриппа с интервалом в 14 дней,

я поставил(а) в известность медицинского работника о ранее выполненных мне прививках, о наличии/отсутствии реакций на предыдущие введения вакцин, о всех вопросах, связанных с моим здоровьем, в том числе о наличии/отсутствии аллергических проявлений, о всех перенесенных ранее и известных мне болезнях, о принимаемых мною лекарственных препаратах,

мне ясно, что после проведения профилактических прививок возможны побочные (нежелательные) реакции,

мне даны четкие разъяснения о моих действиях в случае возникновения побочных (нежелательных) реакций после проведения профилактических прививок,

я имел (а) возможность задавать любые вопросы по вакцинации против COVID-19 и гриппа, мне в доступной форме даны исчерпывающие ответы.

\_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы пациента, законного представителя)  
Врач \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы) \_\_\_\_\_ (подпись)

Приложение 3  
к приказу председателя  
комитета по здравоохранению  
Мингорисполкома

20.09.2021 № 597

СОГЛАСИЕ

на повторное проведение (бустерная вакцинация, ревакцинация)  
профилактических прививок против COVID-19 с использованием  
векторной вакцины для профилактики коронавирусной инфекции,  
вызываемой вирусом SARS-CoV-2, «Спутник Лайт»

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, законного представителя)

\_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства, пребывания)

номер телефона для связи \_\_\_\_\_

На основании статьи 44 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении» выражаю свое согласие на повторное проведение профилактических прививок против COVID-19 с использованием вакцины «Спутник Лайт».

Настоящим подтверждаю, что проинформирован(а):

о смысле и цели вакцинации,

на момент вакцинации не предъявляю острых жалоб на состояние здоровья (боль, озноб, слабость и другие симптомы, указывающие на наличие острых заболеваний или обострение хронических заболеваний);

я поставил(а) в известность медицинского работника о ранее выполненных мне прививках, о наличии/отсутствии реакций на предыдущие введения вакцин, о всех вопросах, связанных с моим здоровьем, в том числе о наличии/отсутствии аллергических проявлений, о всех перенесенных ранее и известных мне болезнях, о принимаемых мною лекарственных препаратах,

мне ясно, что после проведения профилактических прививок возможны побочные (нежелательные) реакции,

мне даны четкие разъяснения о моих действиях в случае возникновения побочных (нежелательных) реакций после проведения профилактических прививок,

я имел(а) возможность задавать любые вопросы по вакцинации против COVID-19, мне в доступной форме даны исчерпывающие ответы.

\_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_  
(подпись)  
Врач \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы пациента, законного представителя)  
\_\_\_\_\_  
(подпись)