

Министерство здравоохранения приняло решение о выдаче гражданам, прошедшим вакцинацию против COVID-19, «Сертификата о вакцинации».

В связи с тем, что правила международного регулирования и требования в отношении вакцинации еще формируются, такой документ, возможно, будет необходим гражданам Республики Беларусь для поездок за границу. Сертификат выдается в пункте проведения вакцинации на платной основе по желанию гражданина, планирующего выезд за пределы страны в течение года. В документ будет внесена информация о проведении профилактических прививок против COVID-19, подтверждающая проведение вакцинации-1 и вакцинации-2. Гражданам, которые не планируют выезжать за границу, предусмотрено внесение информации о проведении профилактических прививок против COVID-19 в медицинские документы пациента с выдачей выписки из медицинских документов, подтверждающей проведение вакцинации-1 и вакцинации-2.

В сертификате указана следующая информация - наименование организации здравоохранения, дата рождения лица, получившего профилактические прививки против COVID-19. Сертификат заполняется на русском и английском языках.

Наименование вакцины заполняется на русском и английском языках (в настоящее время применяются следующие вакцины:

Гам-КОВИД-Вак, Российская Федерация / Gam-COVID-Vac, Russian Federation,

Гам-КОВИД-Вак, Республика Беларусь / Gam-COVID-Vac, Belarus,

вакцина против SARS-CoV-2 (клетки Vero), инактивированная, КНР / SARS-CoV-2 Vaccine (Vero Cell), Inactivated, China.

**ПОСЛЕ ПРИВИВКИ  
ПРОДОЛЖАЕМ НОСИТЬ  
МАСКИ И СОБЛЮДАТЬ МЕРЫ  
БЕЗОПАСНОСТИ**

Это особенно важно в течение 42 дней после первой инъекции, пока формируется иммунитет.

**ПОСЛЕ ПРИВИВКИ В ТЕЧЕНИЕ  
3 ДНЕЙ РЕКОМЕНДУЕМ:**

- Не посещать баню, сауну, бассейн
- Избегать чрезмерных физических нагрузок
- Не принимать алкоголь
- При повышении температуры принять нестероидные противовоспалительные препараты
- При покраснении, отечности, болезненности места вакцинации принять антигистаминные средства

Проведенная иммунизация не отменяет необходимости соблюдения вакцинированными защитных мер профилактики распространения коронавирусной инфекции COVID-19 – ношения масок, соблюдения физической дистанции, обязательных для всех граждан



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

MINISTRY OF HEALTH OF THE  
REPUBLIC OF BELARUS

Наименование медицинской организации,  
выдавшей сертификат о вакцинации

Name of the medical organization that issued the  
vaccination certificate

(печать)

# СЕРТИФИКАТ

## О ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

CERTIFICATE OF VACCINATION AGAINST CORONAVIRUS COVID-19



# СЕРТИФИКАТ УДОСТОВЕРЯЕТ, ЧТО: CERTIFICATE CERTIFIES THAT:

Фамилия / Family name

Имя / Name

Отчество / Middle name/patronym

Дата рождения (число, месяц, год) / Date of birth (day, month, year)

Паспорт / Passport

Личный номер / personal number / passport № / identification №

- \* Срок действия сертификата 1 год
- \* Сертификат удостоверяет факт выполнения иммунизации против коронавирусной инфекции COVID-19 только при наличии подписи врача и печати медучреждения, где проводилась вакцинация
- \* Сертификат хранится у прошедших вакцинацию и предъявляется медицинским работникам в случае продолжения иммунизации
- \* The certificate is valid for 1 year
- \* Certificate certifies that immunization against coronavirus infection COVID-19 has been performed only if there is a doctor's signature and the stamp of the medical institution where the vaccination was carried out.
- \* Certificate is kept by vaccinated person and presented to medical workers in case of continuing immunization.

**ПРОШЕЛ (-ла) ВАКЦИНАЦИЮ**  
против коронавирусной инфекции COVID-19  
**HAS BEEN VACCINATED AGAINST**  
coronavirus infection COVID-19

## **ПРИВИВКА ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ VACCINATION AGAINST CORONAVIRUS INFECTION**

(введение **первого** компонента вакцины)  
(administration of the **first** component of the vaccine)

Дата проведения (число, месяц, год)  
Date of the vaccine administration (day, month, year)

Наименование вакцины, страна-производитель, номер партии  
Vaccine name, country of manufacture, batch number

Вакцину назначил \_\_\_\_\_ ФИО врача, печать  
Vaccine prescribed by Full name of the doctor, signature, stamp

## **ПРИВИВКА ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ VACCINATION AGAINST CORONAVIRUS INFECTION**

(введение **второго** компонента вакцины)  
(administration of the **second** component of the vaccine)

Дата проведения (число, месяц, год)  
Date of the vaccine administration (day, month, year)

Наименование вакцины, страна-производитель, номер партии  
Vaccine name, country of manufacture, batch number

Вакцину назначил \_\_\_\_\_ ФИО врача, печать  
Vaccine prescribed by Full name of the doctor, signature, stamp

*Пресс-служба Министерства здравоохранения*