

# ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество, год рождения родителя или иного законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет) настоящим подтверждаю, что проинформирован (а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998г. №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

- а) запрет для граждан на выезд из страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- б) временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- в) отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999г. №825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

	о	необходимости	проведения	профилактической	прививки
Получив	полную	информацию			

Возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и: \_\_\_\_\_ (название прививки)  
 добровольно соглашаюсь на проведение прививки\* \_\_\_\_\_ (название прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_ (название прививки)

несовершеннолетнему \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/ несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся\*\* (аяся) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество, родителя, иного законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_  
 Я свидетельствую, что разъяснил (а) вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

\* Нужно подчеркнуть  
 \*\* Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.