

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

1. Я, нижеподписавшийся (аяся)

фамилия, имя, отчество, родителя (иного законного

представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет рождения,

_____ года

(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

настоящим подтверждаю то, 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 неё;
- 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 представляется 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:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

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 1999 г. № 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 исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

название прививки

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

- добровольно соглашаюсь на проведение прививки

название прививки

- добровольно отказываюсь от проведения прививки

название прививки

несовершеннолетнему

указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____

фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя
несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет

Дата _____

подпись _____

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы. Врач

Дата _____

фамилия, имя, отчество

подпись