

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

Я, _____
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))
являясь родителем (законным представителем) _____
(Ф.И.О. ребенка)
_____, « ____ » _____ 20__ года рождения

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- 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;
- о выполнении предписаний медицинских работников.

Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с п.2 ст.5 Федерального закона от 17.09.1998г. № 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 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 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 _____
(Ф.И.О. и год рождения несовершеннолетнего)

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(Подпись) (Расшифровка)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы родителю (законному представителю), связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ / « ____ » _____ 20__ г. / _____
(Ф.И.О. врача) (Подпись врача)