

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗ ОТ НИХ**

1. Я, нижеподписавшийся (аяся)

ФИО родителя, иного законного представителя, несовершеннолетнего ребенка в
возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет¹

Указывается ФИО, год рождения несовершеннолетнего до 15 лет / старше 15 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:

- 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(а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки,

от гриппа

(название прививки)

возможных поствакцинальных реакциях и 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)¹

(название прививки)

несовершеннолетнему

(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет)

Я, нижеподписавшийся (аяся)²

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

Дата _____

(подпись)

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

Врач _____
(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата _____

¹ Нужно подчеркнуть. В случае отказа от прививки гриппа указать причину отказа заполнив образец на обороте страницы.

² Заполняется для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего старше 15 лет