

- 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 июня 1999 г. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок").

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 _____

(фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет,
несовершеннолетнего большей наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя)

несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего большей наркоманией в возрасте до 16 лет),
несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего
большой наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата « _____ » _____ 20 _____ г. _____ (подпись)

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

Врач _____ (фамилия, имя, отчество) _____ Дата _____ (подпись)

Приложение к Приказу Минздравоохранения России
от 26 января 2009 г. N 19н

Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказ от них

1. Я, нижеподписавшийся(ая) _____ (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)

_____ (год рождения несовершеннолетнего)

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 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 государственной и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников;
- д) о выполнении предписаний с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 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;
- е) - временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;