

## 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 наркоманной в возрасте до 16 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманной в возрасте старше 16 лет)

(указывается год рождения, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманной в возрасте старше 16 лет) года рождения, 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), которое 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 работу или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15.06.1999 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

\_\_\_\_\_ (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,  
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 все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок  
несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Дата \_\_\_\_\_