

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

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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, о следствиях 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 1998 г. №157 – ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» <1> 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 1 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» <2>).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической 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 <3> \_\_\_\_\_

(добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_ )  
несовершеннолетнему \_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся (аяся) <4> \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

Врач \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Фамилия, имя, отчество, подпись