

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

1. Я, _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя))

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- 1.1 о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
 - 1.2 о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
 - 1.3 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
 - 1.4 оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
 - 1.5 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. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечет:

- 2.1 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;
- 2.2 временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- 2.3 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. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок").

3. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактических прививок против (нужное подчеркнуть/вписать): **Туберкулеза, Гепатита В, Пневмококковой инфекции, Дифтерии, Коклюша, Столбняка, Полиомиелита, Гемофильной инфекции, Кори, Краснухи, Паротита, Гриппа, Клещевого энцефалита,** _____
Проба Манту, Диаскинтест

возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я:

(В нужном окне указать название инфекции(вакцины))

добровольно <u>соглашаюсь</u> на проведение прививок	Добровольно <u>отказываюсь</u> на срок _____ (не более года) от проведения следующих прививок
_____	_____
_____	_____
_____	_____

несовершеннолетнему _____
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения)

Дата _____ Подпись _____

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

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