

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

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____,
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя))

несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, совершеннолетнего в возрасте старше 15 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), который входит в Программу государственных гарантий оказания Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998г. №153-ФЗ ‘Об иммунопрофилактике инфекционных болезней’ отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для граждан на выезд из 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

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

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____,

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

несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте 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 _____