

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗ ОТ НИХ

1. 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)

_____ года рождения,

(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)
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 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;

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736; 2000, № 33, ст. 3348; 2003, № 2, ст. 167; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 1 (ч. 1), ст. 25; 2006, № 27, ст. 2879; 2007, № 43, ст. 5084; № 49, ст. 6070; 2008, № 30 (ч. 2), ст. 361; № 52 (ч. 1), ст. 6236; 2009, № 1, ст. 21.

- 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 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

_____ (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 ³ _____

_____ (название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки _____)

_____ (название прививки)

несовершеннолетнему _____

(указывается Ф.И.О и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(аяся)⁴ _____

(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)

_____ (подпись)

Дата _____

² Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3766.

³ Нужно подчеркнуть.

⁴ Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних, больных наркоманией, в возрасте до 16 лет.