

Добровольное информированное согласие

на проведение профилактических прививок детям или отказа от них

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

1. о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
2. о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от неё;
3. о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки, который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
4. о выполнении предписаний медицинских работников.

Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с п.2 ст.5 ФЗ от 17.09.1998 № 157-ФЗ « Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечёт:

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. временный отказ в приеме граждан в образовательные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
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 15.07.1999 № 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, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

Добровольно соглашаюсь на проведение прививки

(указать название прививки) _____

Добровольно отказываюсь от проведения прививки

(указать название прививки) _____

несовершеннолетнему _____

(указать фамилию имя ребенка и класс)

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

Дата _____

Подпись _____