

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на проведение профилактических прививок или отказа от них

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) _____

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

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммуно-биологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее.

2. Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

а) 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;

б) временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

в) 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 1999г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

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:

а) добровольно соглашаюсь на проведение прививки против:

- дифтерии, столбняка, коклюша _____, _____ (дата) _____ (подпись);

- кори _____, _____ (дата) _____ (подпись);

- паротита _____, _____ (дата) _____ (подпись);

- краснухи _____, _____, _____;
(дата) (подпись)

- вирусного гепатита В _____, _____, _____;
(дата) (подпись)

- гриппа _____, _____, _____;
(дата) (подпись)

- клещевого энцефалита _____, _____, _____;
(дата) (подпись)

- полиомиелита _____, _____, _____;
(дата) (подпись)

- туберкулеза _____, _____, _____;
(дата) (подпись)

- проведение туберкулинодиагностики _____, _____, _____;
(дата) (подпись)

- гемофильной инфекции _____, _____, _____;
(дата) (подпись)

- пневмонии _____, _____, _____;
(дата) (подпись)

_____ , _____, _____;
(наименование прививки) (дата) (подпись)

_____ , _____, _____;
(наименование прививки) (дата) (подпись)

б) добровольно отказываюсь от проведения прививки _____
(наименование прививки)

несовершеннолетнему _____
(Ф.И.О. дата рождения ребенка)

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(Ф.И.О. родителя, иного законного представителя)

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)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 603332450510203670830559428146817986133868575843

Владелец Ващенко Лариса Михайловна

Действителен с 03.03.2021 по 03.03.2022