

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА 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"

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;

- 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").

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

Р. Манту, против гриппа и все прививки по национальному календарю,

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/

несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте
до 16 лет)

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)

Дата _____

(подпись) _____

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

Врач _____ Дата < > _____ 2017 г.

(фамилия, имя, отчество) (подпись)