

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 реакций 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 \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) (подпись) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_