

**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"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;

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 прививки³ _____

(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)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 _____

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.

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.

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя)

Дата _____
(подпись)

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя)

Дата _____
(подпись)

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя)

Дата _____
(подпись)

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя)

Дата _____
(подпись)

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя)

Дата _____
(подпись)

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя)

Дата _____
(подпись)

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя)

Дата _____
(подпись)

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____