**КЛИНИКА «ВОЛЬГИНСКАЯ» ФГБУ ГНЦ ФМБЦ**

**им. А.И. БУРНАЗЯНА ФМБА РОССИИ**

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. N 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. N 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

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 прививки <3> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество) (подпись)