**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](consultantplus://offline/ref=A52EE96E1AF53D070B1906BF4E1104B60BB060323A49F3F0D6716F3060BA7CF58E4F2C1F833E87QFC3N) 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](consultantplus://offline/ref=A52EE96E1AF53D070B1906BF4E1104B60DB165313A49F3F0D6716F3060BA7CF58E4F2C1F833E83QFC5N)

Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике

инфекционных болезней" [<1>](consultantplus://offline/ref=A52EE96E1AF53D070B1906BF4E1104B60BB666323649F3F0D6716F3060BA7CF58E4F2C1F833E85QFC6N) 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](consultantplus://offline/ref=A52EE96E1AF53D070B1906BF4E1104B60DB067353514F9F88F7D6DQ3C7N) 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>](consultantplus://offline/ref=A52EE96E1AF53D070B1906BF4E1104B60BB666323649F3F0D6716F3060BA7CF58E4F2C1F833E85QFC7N)).

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>](consultantplus://offline/ref=A52EE96E1AF53D070B1906BF4E1104B60BB666323649F3F0D6716F3060BA7CF58E4F2C1F833E85QFC0N) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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>](consultantplus://offline/ref=A52EE96E1AF53D070B1906BF4E1104B60BB666323649F3F0D6716F3060BA7CF58E4F2C1F833E85QFC1N) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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)