

**Информированное добровольное согласие
на проведение профилактических прививок или отказа от них**

Я, _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество гражданина – полностью) _____ (дата рождения)
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Эту часть бланка заполняется только на несовершеннолетних лиц или недееспособных граждан	
паспорт _____	выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) (нужное выделить) ребенка или лица, признанного недееспособным, _____	
(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)	
зарегистрированного по адресу: _____	
(адрес места жительства ребенка или недееспособного гражданина)	

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 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 необходимости выполнения предписаний медицинских работников.

Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с п. 2 ст. 5 Федерального закона от 17.09.1998 № 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 15.07.1999 № 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

(название вакцины)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и (выбрать):

добровольно соглашаюсь на проведение прививки мне/лицу, законным представителем которого я являюсь

✓ _____
(подпись)

(название вакцины)

добровольно отказываюсь от проведения прививки мне/лицу, законным представителем которого я являюсь

✓ _____
(подпись)

(название вакцины)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Расписался в моем присутствии

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(подпись)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)