

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВВОК ДЕТАМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся(ая)

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя))

несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего большого наркоманной в возрасте до 16 лет/ несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего большого наркоманной в возрасте старше 16 лет)

года рождения,
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,
несовершеннолетнего большого наркоманной 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 поставочных 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 1999г. N 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок» <2>).

Я имею(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы,

Получила полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

Совиерина
(название прививки)

возможных прививочных реакциях и поставочных 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 большого наркоманной в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(ая) <3>

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего большого наркоманной в возрасте до 16 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 16 лет)

Дата *без даты* _____
(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

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

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, №38, ст. 4736; 2000, №33, ст. 3348; 2003, №2, ст. 167; 2004, №35, ст. 3607; 2005, №1 (ч. I), ст. 25; 2006, №27, ст. 2879; 2007, №43, ст. 5084; №49, ст. 6070; 2008, №30 (ч. II), ст. 361; №52 (ч. I) ст. 6236; 2009, № 1, ст. 21.

<2> Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3766.
<3> Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больших наркоманной в возрасте до 16 лет.