

## 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 16 лет)

\_\_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю то,

(год рождения несовершеннолетнего)

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» 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 работу 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»).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.  
Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнений, 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

Я, нижеподписавшийся(аяся)

Дата \_\_\_\_\_ 201\_\_ года

(подпись)

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

Врач

(фамилия, имя, отчество)

Дата \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(подпись)

**Информированное добровольное согласие на  
проведение профилактического  
медицинского осмотра.**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического (периодического) медицинского осмотра, в объеме, предусмотренном нормативными документами МЗ РФ и МЗ РХ, предложенное мне (гражданину, чьим законным представителем я являюсь) (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

\_\_\_\_\_  
осуществляемое в ГБУЗ РХ «Саяногорская МБ»

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы медицинского осмотра, представлен перечень исследований, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений и перечень осмотров врачами-специалистами.

\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)