

## Добровольное информированное согласие

### на проведение профилактических прививок детям или отказа от них

1. Я, нижеподписавшийся(аяся)

\_\_\_\_\_, являющаяся  
отцом\матерью\опекуном (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
года рождения,

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 проведение вакцинаций необходимо для предупреждения инфекционных заболеваний в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемии (в соответствии с постановлением 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.**

**Предполагаемая дата проведения вакцинации** \_\_\_\_\_

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки \_\_\_\_\_, возможных (название прививки)

прививочных реакциях и поствакцинальных 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)

Дата \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_