

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

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)

(указывается год рождения несовершеннолетнего
в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в
возрасте старше 16 лет) _____ 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 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 работы 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 исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

(название прививки)

возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех
терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки³

(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

(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 _____

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата _____

¹ Нужно подчеркнуть.

² Заполняется для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет.