Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок или отказа от них

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ дата рождения,

место проживания _____

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 неё;

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 выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона РФ 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(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки _____

_____, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных
(название прививки)

осложнениях, последствиях отказа от неё, **я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:** на основании пункта 2 статьи 11 (о проведении вакцинации с согласия граждан) Федерального закона РФ от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»

добровольно соглашаюсь на проведение прививки _____
(название прививки)

на основании пункта 1 статьи 5 (о праве на отказ от вакцинации) Федерального закона РФ от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____,
(название прививки)

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата Подпись

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

Врач _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата Подпись

Типография ООО «РГ «Успешная», Тел. 8 (81850) 3-96-00, Зак. № 1901/20, Тир.: 15000