

**Информированное добровольное согласие  
на проведение профилактических прививок или отказа от них**

1. Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)  
\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированная по  
адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:  
Я \_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_,  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного  
недееспособным: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год 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 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 п.2 ст.5 Федерального закона от 17.09.1998 № 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 1999г № 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 прививки \_\_\_\_\_  
(название прививки)

-добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_  
(название прививки)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. и год рождения представляемого)

Я, нижеподписавшийся(-ая) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) )

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_  
(подпись)

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

Врач \_\_\_\_\_ Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

В случаях, когда законный представитель фактически соглашается на проведение профилактической вакцинации ребенку, но отказывается оформить в письменном виде информированное добровольное согласие на проведение данного вида медицинского вмешательства:

«Законный представитель, фактически соглашаясь с предложенным проведением профилактической вакцинации ребенка отказывается подписывать соответствующее информированное добровольное согласие»

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года