

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

1. Я, нижеподписавшийся(ая) **Иванова Светлана Петровна**
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет) __
мой сын **Иванов Максим Николаевич** 03.08.22 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, о 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» <1> 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 1 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:

(АКДС, АДСМ, Полиомиелит, Корь, Краснуха, Паротит, Гепатит В, БЦЖ, Р.Манту, Грипп)

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

добровольно соглашаюсь на проведение прививки
если согласны пишем

«согласна на все прививки и р.Манту», перечисляем прививки

(Название прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки
если отказ от каких-либо прививок пишем название прививки:

АКДС, АДСМ, Полиомиелит,
(Название прививки)

Несовершеннолетнему **Иванову Максиму Николаевичу 03.08.22 года рождения**

Я, нижеподписавшийся(ая) **Иванова Светлана Петровна**
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя))

« 20 __ » октября 2025г.
(Дата)

Иванова С.П.
(Подпись)

Далее заполняет ВРАЧ!

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

Врач _____
(Фамилия, имя, отчество, подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(Дата)

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

2. Я, нижеподписавшийся(ая) _____

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 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, о следствиях 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» <1> 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 1 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:

(АКДС, АДСМ, Полиомиелит, Корь, Краснуха, Паротит, Гепатит В, БЦЖ, Р.Манту, Грипп)

возможных 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 _____

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(Дата)

(Подпись)

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

Врач _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

(Фамилия, имя, отчество, подпись)

(Дата)