Приложение к Приказу Минздравсоцразвития России

от 26.01.2009 № 19н

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗ ОТ НИХ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Я, нижеподписавшийся (аяся) |  |
|  | ФИО родителя, иного законного представителя, несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет1 |
|  |  |
| Указывается ФИО, год рождения несовершеннолетнего до 15 лет / старше 15 лет | настоящим подтверждаю, |

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 1998г. №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,
 **от гриппа**

(название прививки)

возможных поствакцинальных реакциях и 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) [[1]](#footnote-1)

(название прививки)

несовершеннолетнему

(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет)

Я, нижеподписавшийся (аяся) [[2]](#footnote-2)

фамилия, имя, отчество родителя, иного законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, /несовершеннолетнего старше 15 лет

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |
|  |  |  | (подпись) |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врач |  |  |  | Дата |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |  | (подпись) |  |  |

Указать причину отказа от прививки против гриппа (нужное подчеркнуть или указать другие причины):

1. Имеется документально оформленный медотвод\*;
2. Частые (3 – 4 раз в год) заболевания ребенка ОРВИ и гриппом;
3. Осложнения и/или побочные реакции на прививку в предыдущие годы;
4. Ребенок состоит на учете у аллерголога с аутоиммунной или аллергической патологией;
5. Ребенок состоит на учете у невролога с неврологической патологией;
6. Другие причины: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать какие)

\*При наличии документально оформленного медотвода от прививки гриппа, предоставить (прислать) копию документа.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О. родителя (законного представителя) (подпись)

1. Нужное подчеркнуть. В случае отказа от прививки гриппа указать причину отказа заполнив образец на обороте страницы. [↑](#footnote-ref-1)
2. Заполняется для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего старше 15 лет [↑](#footnote-ref-2)