

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ

Я, _____ (фамилия, имя, отчество полностью) _____ года рождения,

проживающий(ая) 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, адрес)

Добровольно даю согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакцинами:

(указать название вакцины и заболевание)

и прошу персонал медицинского учреждения о её проведении.

- Мне понятен смысл и цели вакцинации.
- К моменту вакцинации у меня (представляемого) нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).
- Я понимаю, что вакцинация это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.
- Мне ясно и я принимаю тот факт, что после вакцинации редко могут наблюдаться реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб, и другие). Мне понятно, что крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.
- Я осознаю, что на основании Федерального Закона от 17 сентября 1998г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:
 - о возможном возникновении данной инфекции,
 - временном отказе в приеме на работы или отстранение от работы, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями,
 - запрете на въезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок
 - или при угрозе возникновения эпидемий, временном отказе в приеме ребенка в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний
- Я предупрежден (а) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.
- Я ознакомлен (а) с мерами социальной защиты граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.
- Я поставил (а) в известность медицинского работника о предшествующих вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и извест-

