

### Информированное добровольное согласие на вакцинацию или отказа от нее

Я \_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(ФИО ребенка или лица, признанного недееспособным)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного по адресу \_\_\_\_\_

Проинформирован(а) врачом о необходимости проведения вакцинации: \_\_\_\_\_

- 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 1998 года № 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.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.

- Я ознакомлен (ознакомлена) с мерами социальной защиты граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.

- Я поставил (поставила) 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 известных мне заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня (представляемого) и ближайших родственников. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ФИО(полностью)

подпись

-добровольно отказываюсь от вакцинации

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ФИО(полностью) подпись

Расписался в моём присутствии: \_\_\_\_\_  
(должность специалиста, фамилия, имя, отчество, подпись)