

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

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) новорожденного
 _____ 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, последствиях отказа от нее;
- в) 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» 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.

1. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки **гепатит В**, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки **гепатит В**

несовершеннолетнему _____

(добровольно отказываюсь от проведения прививки **гепатит В)**

новорожденному _____

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) новорожденного

Дата _____
подпись

2. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки **БЦЖ-М**, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

(добровольно соглашаюсь на проведение прививки **БЦЖ-М)**

несовершеннолетнему _____

(добровольно отказываюсь от проведения прививки **БЦЖ-М)**

несовершеннолетнему _____

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего

Дата _____
подпись

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

Врач _____
фамилия, имя, отчество подпись Дата _____

