

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ

Я, нижеподписавшийся (аяся)

_____ (фамилия, имя, отчество учащегося - полностью)
год рождения _____, проживающий (ая) по адресу: город _____

ул. _____ д. _____ к. _____ кв. _____

Следующий раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я Петров Пётр Николаевич

паспорт: серия 1234 № 123456 выдан:

Отделом УФМС России по Свердловской обл. в Кировском р-не г. Екатеринбурга. 20.05.2012

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) Отец

Петрова Ивана Петровича 20.10.2005 г. рождения

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего - полностью, год рождения, адрес проживания)
г. Екатеринбург, ул. Свободы д. 9, кв. 51.

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

_____ от _____
(указать название вакцины и заболевание) и
прошу персонал медицинского учреждения о ее 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. N 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 и добровольно даю свое согласие на вакцинацию.

" __ " _____ 20 __ года.

Подпись пациента или законного представителя