

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК/ВАКЦИНАЦИИ**

Я, \_\_\_\_\_  
пациент  
Дата рождения: \_\_\_\_\_

ПОЛ: \_\_\_\_\_  
возраст \_\_\_\_\_ лет

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет), или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
когда \_\_\_\_\_ кем \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:  
\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_  
ФИО ребенка или недееспособного гражданина \_\_\_\_\_

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг в ООО КДЦ «ПЕРСОНА-МЕД», 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, последствиях отказа от нее;
- в) о возможных поствакцинальных осложнениях: местных – покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции; общих – повышение температуры, озноб, недомогание, тошнота; в крайне редких случаях – выраженных аллергических реакций – крапивница, отек Квинке, анафилактический шок.
- г) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок/вакцинаций, включающей обязательный медицинский осмотр перед проведением прививки/вакцинации (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;
- д) 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;

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки от \_\_\_\_\_ препаратом \_\_\_\_\_,

возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки/вакцинации от \_\_\_\_\_ препаратом \_\_\_\_\_,

добровольно отказываюсь от проведения прививки/вакцинации от \_\_\_\_\_ препаратом \_\_\_\_\_,

несовершеннолетнему \_\_\_\_\_.  
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/ несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/ несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Я, нижеподписавшийся (ая) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента, родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок пациенту законному представителю несовершеннолетнего, и дал ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)