

### Оформление согласия или отказа родителей при проведении прививок.

Известно, что профилактические прививки проводятся детям с согласия родителей или иных законных представителей в порядке, установленном законодательством РФ. Минздравсоцразвития России рекомендует при организации этой работы использовать утвержденный приказом от 26.01.2009 №19н образец оформления добровольного согласия или отказа родителей (законных представителей) на проведение прививок (приложение). Данный приказ вступил в силу с 25 мая 2009г.

## Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них.

1. Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество 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)

\_\_\_\_\_ года рождения,  
(несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)  
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 неё;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (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;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с п. 2 ст. 5 Федерального закона от 17.09.1998 №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 РФ 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 (постановления Правительства РФ от 15.07.1999 №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 исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки \_\_\_\_\_

(название прививки)

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

Добровольно соглашаюсь на проведения прививки \_\_\_\_\_  
(название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_)  
(название прививки)

несовершеннолетнему \_\_\_\_\_

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

Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество 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)

(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)