

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_  
паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_,  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или  
лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

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

\_\_\_\_\_ (указать название вакцин 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 1998 г. 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\_\_ Подпись пациента /  
законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)  
(Должность, И.О. Фамилия)