

с/н
адрес:

УТВЕРЖДАЮ
И.о. главного врача
Кузнецова Н.Н.
Приложение № 1
от 02.2016 г

к приказу №

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ИЛИ ОТКАЗ ОТ НИХ**

1. Я, нижеподписавшийся(ая) _____
(фамилия, имя, отчество пациента) ДАТА РОЖДЕНИЯ

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммуно-биологического 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 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 пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечёт:

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 приёме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приёме 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»¹).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

от ЗДЦНИО
(название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от неё, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и добровольно соглашаюсь на проведение прививки²

(название прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____
(название прививки)

Всю ответственность за последствия отказа от профилактической прививки я возлагаю на себя и претензий к ГБУЗ «ТЦ № 68 ДЗ г. Москва» не имею.

Пациент _____
(Ф.И.О.)

Дата _____
(подпись)

Врач _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Дата _____

¹Собрание законодательства Российской Федерации: 1999 г., № 29, ст. 3766
²Нужное подчеркнуть.