

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

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

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____,

(ФИО родителя (иного законного представителя)

являющийся(аяся) законным представителем 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)

(ФИО ребенка - полностью)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю то, что медицинском работником

(указывается год рождения ребенка)

(ФИО, должность медицинского работника)

проинформирован(а) в доступной для меня форме:

1.1. о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

Туберкулинодиагностика — диагностический тест для определения специфической сенсibilизации организма к микобактериям туберкулеза (МБТ).

1.2. о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

1.3. 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;

1.4. о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с п. 2 ст. 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»).

3. Мне понятны смысл и цель вакцинации. Настоящим я подтверждаю, что сообщил (-а) медицинскому работнику точную информацию о предшествующих вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем Пациента, о наличии у него сопутствующих хронических и перенесенных заболеваний, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, сведения о лекарственных препаратах, принимаемых им в настоящее время, инфицировании ВИЧ инфекцией, туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями, а также о перенесенных травмах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/лица, представителем которого я являюсь и ближайших родственников, а также об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве данного медицинского вмешательства.. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также о употреблении алкоголя, токсических или наркотических средств.

3.1. Я предупрежден (-а), что в случае неполной и недостоверной информации по вопросам состояния здоровья Пациента в результате проведения процедуры может наступить повреждение здоровья Пациента. Я понимаю, что в случае невыполнения данного требования или сокрытия информации о состоянии здоровья Пациента ответственность за его(ее) здоровье ложится на меня.

3.2. Настоящим я заверяю об отсутствии у Пациента к моменту вакцинации острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).

4. Я понимаю, что вакцинация – это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных заболеваний в течение определённого промежутка времени от момента вакцинации. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства и сложность биологического организма человека, я согласен (-на), что ожидаемый результат, а также его продолжительность может отличаться от полученного в результате вмешательства. Я знаю, что строгое соблюдение назначений и рекомендаций врача является необходимым условием для успешного результата, поэтому я беру на себя обязательство неукоснительно выполнять все требования медицинского работника. И я признаю, что несу ответственность за результаты медицинского вмешательства в случае отклонений от предписаний врача.

4.1. Мне ясно, я понимаю и принимаю тот факт, что после вакцинации редко могут наблюдаться реакции на прививку, которые могут быть местными: покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции, инфильтрат, холодный абсцесс, келоидный рубец и другие; общими: повышение температуры, недомогание, раздражение, озноб, аллергические реакции (сыпь, крапивница) и другие. Мне понятно, что крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения: гнойный лимфаденит, судороги, коллаптоидные явления, анафилактический шок, энцефалопатия, неврит плечевого нерва, асептический абсцесс, тромбоцитопения, вакцино-ассоциированный полиомиелит и другие, но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.

5. Я уведомлен (-а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

6. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечет:

6.1. 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;

6.2. временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

6.3. отказ в приеме 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. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок").

7. Настоящим я заверяю, что мне известны факторы риска и противопоказания к вакцинации. Я ознакомлен(а) с мерами социальной защиты граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.

8. Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. 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 осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки

(название прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки

(название прививки)

несовершеннолетнему _____
(указывается ФИО и год рождения несовершеннолетнего)

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
(ФИО родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего)

Дата _____ (подпись) _____

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ Дата _____
(ФИО (подпись))