

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.

9. Я информирован о том, что:

- отсутствуют убедительные научные данные и масштабные, хорошо организованные исследования в отношении нового коронавируса COVID-19, в том числе о путях передачи, возможностях инфицирования и клинических проявлениях;
- в настоящее время, в связи с эпидемией COVID-19, имеется высокий риск инфицирования в местах общественного пользования, в том числе и медицинских организациях;
- новая коронавирусная инфекция COVID-19 в большинстве случаев у детей протекает в легкой и бессимптомной форме;
- в случае возникновения COVID-19 в поствакцинальном периоде риски будут определяться тяжестью течения заболевания;
- заболевание COVID-19 и препараты, применяемые при лечении COVID-19, могут быть причиной неадекватной выработки иммунитета к вакцине;
- имеющиеся на сегодняшний день диагностические тесты не могут свидетельствовать со 100% точностью о факте отсутствия инфицирования/заболевания в момент проведения вакцинации (у детей, родителей и медицинских работников).

Я имел(а) возможность задать любые вопросы о рисках, связанных с вакцинацией в период распространения новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

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 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)