

## ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся(аяся)

\_\_\_\_\_  
(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, настоящим подтверждаю то,

\_\_\_\_\_  
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,  
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

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 нее;

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 пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 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 (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”).

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 реакциях 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) <sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
(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 (аяся)<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>2</sup> Заполняется для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.

Главному врачу ОГАУЗ

«Ангарская городская детская больница №1»

В.Ю. Голубеву

От ФИО \_\_\_\_\_,

законного представителя несовершеннолетнего

ФИО \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести вакцинацию против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) вакциной Гам-КОВИД-Вак-М моему сыну, дочери, опекаемому \_\_\_\_\_

---

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_