

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение профилактической прививки (вакцинацию) ребёнку
(ст. 5, 20 ФЗ от 17.09.1998 № 157-ФЗ; ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ;
приказ Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н)

Я, _____,
(ФИО законного представителя — родитель/опекун/попечитель — полностью)

« ____ » _____ г. рождения, паспорт серия _____ № _____, выдан
_____ « ____ » _____ г.,
зарегистрирован(а) _____ по _____ адресу:

контактный телефон: _____, e-mail: _____,

являясь законным представителем несовершеннолетнего пациента:

(ФИО ребёнка полностью)

« ____ » _____ 20 ____ г. рождения, реквизиты свидетельства о рождении: серия _____, № _____,

добровольно даю своё согласие на проведение моему ребёнку в ООО «Педиатрическая практика «Алёнушка»
профилактической прививки (вакцинации):

Наименование вакцины (торговое наименование, серия):

Защита от заболевания (инфекции):

Доза / введение по счёту (V1, V2, R...): _____,

Способ введения: _____.

Медицинский работник ООО «Педиатрическая практика «Алёнушка»:

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснил(а):

- цели вакцинации, защитный механизм прививки, ожидаемые результаты;
- возможные местные реакции (покраснение, уплотнение, болезненность в месте инъекции) и общие (повышение температуры, недомогание, головная боль), сроки их появления и продолжительность;
- редкие поствакцинальные осложнения (анафилактический шок, аллергические реакции и др.) и порядок действий при их возникновении;
- противопоказания (постоянные и временные) к проведению данной прививки;
- рекомендации по поведению до и после вакцинации (наблюдение в Клинике 30 минут после прививки; ограничение физической нагрузки и купания в первые сутки; обращение за медицинской помощью при тревожных симптомах);
- меры социальной защиты при возникновении поствакцинальных осложнений (статьи 18, 19, 20 ФЗ-157: единовременные пособия, ежемесячная компенсация, пособие по временной нетрудоспособности);
- последствия отказа от профилактических прививок (статья 5 ФЗ-157): временный отказ в приёме в образовательные/оздоровительные учреждения при возникновении массовых инфекционных заболеваний; запрет на въезд в страны, требующие конкретных прививок по международным медико-санитарным правилам.

Я подтверждаю, что:

- на момент вакцинации у ребёнка нет острых жалоб (повышенной температуры, признаков ОРВИ, обострения хронических заболеваний);

— сообщил(а) медицинскому работнику обо всех имеющихся у ребёнка заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, реакциях на предыдущие вакцинации (у ребёнка и ближайших родственников);

— ознакомлен(а) с инструкцией по применению вакцины (при необходимости предоставлен текст инструкции);

— ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего согласия, положения которого мне разъяснены и понятны.

« ___ » _____ 20__ г.

_____ / _____ /

(подпись) (расшифровка подписи законного представителя)

Расписался в моём присутствии:

(подпись)

(дата)

ОТКАЗ ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИ

(заполняется только в случае отказа от вакцинации; ст. 5 ФЗ от 17.09.1998 № 157-ФЗ)

Я, _____, законный представитель _____ «___» _____ 20__ г. рождения, отказываюсь от проведения профилактической прививки _____.

Мне разъяснены последствия отказа (ст. 5 ФЗ-157), а также возможный риск для здоровья ребёнка в связи с отказом от прививки. Решение принимаю осознанно и добровольно.

« ___ » _____ 20__ г. _____ / _____ /

(подпись) (расшифровка)

Расписался в моём присутствии: _____ / _____ /.

(должность, ФИО медицинского работника) (подпись)