**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК**

**ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Я, нижеподписавшийся(аяся) | Иванов Иван Иванович, 1980 года рождения , настоящим | | , |
|  | (фамилия, имя, отчество) | |  |
| Подтверждаю, 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 постиндустриальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

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 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(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

|  |  |
| --- | --- |
| против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2 (Гам-КОВИД-Вак ) | , |
| (название прививки) |  |

возможных прививочных реакциях и постиндустриальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

|  |  |
| --- | --- |
| добровольно соглашаюсь на проведение мне прививки |  |
|  | (название прививки) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (добровольно отказываюсь от проведения мне прививки | | против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2  (Гам-КОВИД-Вак ) | ) |
|  | | (название прививки) |  |
|  |  | | . |
|  |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, нижеподписавшийся(аяся) | Иванов Иван Иванович | , |
|  | (фамилия, имя, отчество) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | 29 июня 2021 года |  | *Иванов* |
|  |  |  | (подпись) |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врач |  |  |  | Дата |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |  | (подпись) |  |  |