Образец согласия

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 93»
ДЕТСКОЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 28

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ИЛИ ОТКАЗ ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) Иванов Иван Иванович
(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)

Иванов Иван 14.07.2007 года рождения,
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)

настоящим подтверждаю то, 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 медицинский, 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 и назначений 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;

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

Совигрипп (против гриппа)
(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 Совигрипп
(название прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____ несовершеннолетнему
(название прививки)

Иванов Иван
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(аяся) Иванов Иван Иванович
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией, в возрасте старше 16 лет)

Дата 14.01.2020 ✓ подпись
(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)*