

Информированное добровольное согласие на вакцинацию или отказ от вакцинации

Я _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Добровольно даю свое согласие (отказ) на вакцинацию меня вакцинами:

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А (V1)

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИЗЕНТЕРИИ ЗОННЕ

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ (R)

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ (V1)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

- **Мне понятен смысл и цели вакцинации.**

- К моменту вакцинации у меня (представляемого) нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).

- Я понимаю, что вакцинация - это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.

- **Мне понятно** и я принимаю тот факт, что после вакцинации редко могут наблюдаться реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие). Мне понятно, что крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.

- Я осознаю, что на основании Федерального закона от 17 сентября 1998г. N 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 Соглашениями 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.

- Я предупрежден о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.

- Я ознакомлен с мерами социальной защиты граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.

- Я поставил в известность медицинского работника о предшествующих вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня (представляемого) и ближайших родственников. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вакцинацию.

« _____ » _____ 20__ года. _____ (_____)

Я отказываюсь от вакцинации: « _____ » _____ 20__ г. _____ (_____)