

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК 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

(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 иммуно-биологического 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» <1> 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» <2>).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки
против клещевого энцефалита

(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 прививок <3> _____

(название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки _____)

против клещевого энцефалита

(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(ая) <4>

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя несовершеннолетнего больного 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

<1>Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736; 2000, № 33, ст. 3348,
2003 № 2, ст. 167; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 1 (ч. 1), ст. 25; 2006, № 27, ст. 2879; 2007, № 43, ст.
5084; № 49, ст. 6070; 2008, № 30 (ч. II), 361; № 52 (ч. I), ст. 6236; 2009, № 1, ст. 21

<2>Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3766.

<3> Нужно подчеркнуть

<4> Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных
наркоманией в возрасте до 16 лет.

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство и получение первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предложенное моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь _____

« _____ » _____ г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающему по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

медицинское вмешательство _____ на введение иммуноглобулина, оказание мед.помощи

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

_____ (должность, Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« _____ » _____ г.

Информированное согласие

В связи с резким подъемом заболеваемости педикулезом среди населения Кемеровской области в 2015-2016 гг., а также на основании постановления главного санитарного врача по Кемеровской области № 14 от 05.05.2016 года.

Принят к обязательному исполнению ряд профилактических мероприятий:

1. Осмотру на педикулез подлежат дети, выезжающие на отдых в детские оздоровительные организации (при наличии справок об отсутствии педикулеза) - до отъезда и при поступлении в ДОЦ.
2. При выявлении детей, пораженных педикулезом при заезде и во время нахождения в ДОЦ, они отстраняются от пребывания в ДОЦ и направляются для санации по месту жительства. Прием детей в ДОЦ допускается после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей справкой от врача, об отсутствии педикулеза.
3. Медицинская служба ДОЦ имеет право подавать данные в виде экстренного извещения в эпидотдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по каждому выявленному случаю заболевания педикулезом.

В соответствии с СанПин 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации» от 12 ноября 2014 года и СанПин 3.1./3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней» от 15.05.2014 года.

Ознакомлен(а): _____
(подпись) (ФИО) (дата)