

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА НА ВАКЦИНАЦИЮ ПАЦИЕНТА

Я, _____ проживающий(ая) по адресу: _____, д. ___, кв.___,
паспорт серии ____ № _____, выдан _____ - . года, код подразделения: ____ - ___, законный представитель (мать,
отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего ребенка: _____ - . года рождения, даю информированное согласие на вакцинацию моего несовершеннолетнего ребенка _____ - . года вакцинами:

от _____ (указать название вакцин и заболевание)

Мне понятен смысл и цели вакцинации.

К моменту вакцинации у 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 ясно 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 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 работу или отстранение граждан от работы, выполнение которой связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Я предупрежден(а) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.

Я ознакомлен(а) с мерами социальной защиты граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.

Я поставил(а) в известность медицинского работника о предшествующих вакцинациях.

Я предупрежден(а) и осознаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу), могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, отрицательно сказаться состоянию здоровья представляемого.

Я поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем представляемого, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении/не употреблении представляемым алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

«__» _____ 20 ___ года. Подпись законного представителя пациента _____ / _____