## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВАКЦИНАЦИЮ

Я,
проживающий(ая) по адресу:
вакцинами:
OT
(указать название вакцин и заболевание)
Мне понятен смысл и цели вакцинации.
К моменту вакцинации у меня 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 на
состоянии моего здоровья.  Я поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических
проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах,
проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне гравмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической
природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а)
правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении/не употреблении мною 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.
a despendante due estantene la banquinaquie.
«» 20 года. Подпись пациента/
"