**Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок или**

**отказ от них.**

**1**.Я, нижеподписавшийся (аяся­­­­­­­­­­­­­­­)\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения

 (Ф.И.О. пациента )

Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:**

а) о том, что профилактические прививки – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных пост вакцинальных осложнений, последствий отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включая обязательный медицинский осмотр перед проведением прививки (а при необходимости медицинское обследование), который входит в программу государственной 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 II статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. 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 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.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством Российской Федерации (утвержденный постановлением Правительства РФ от 15 июля 1999 г. N 825 « Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями» , требует обязательного проведения профилактических прививок).

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

Получив полную информацию о необходимости профилактической прививки**:** возможных реакциях и пост вакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл терминов, и:

**ДОБРОВОЛЬНО СОГЛАШАЮСЬ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРИВИВКИ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ДОБРОВОЛЬНО ОТКАЗЫВАЮСЬ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВКИ)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О пациента)

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок и дал ответы на все вопросы.

ВРАЧ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( Ф.И.О) (подпись)

 «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ г.