Приложение

к Приказу Минздравсоцразвития России  
от 26 января 2009 г. N 19н

**Информированное добровольное согласие  
на проведение профилактических прививок ребенку**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего ребенка)

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. р., проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства законного представителя)

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека  
медицинского иммунобиологического 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.

Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального  
закона от 17.09. 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие  
профилактических прививок влечет временный отказ в приеме граждан в образовательные и  
оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или  
при угрозе возникновения эпидемий.

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактических прививок  
согласно национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических  
прививок по эпидемическим показаниям, возможных прививочных реакциях и  
поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от них, я подтверждаю, что мне  
понятен смысл всех терминов, **и добровольно соглашаюсь на проведение прививок** согласно  
национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок  
по эпидемическим показаниям несовершеннолетнему \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. р.

(Ф.И.О. несовершеннолетнего сына (опекаемого))

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. законного представителя)

**Я свидетельствую, что разъяснила все вопросы, связанные с проведением  
профилактических прививок несовершеннолетнему, и дала ответы на все вопросы.**

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)