



## Информированное добровольное согласие на проведение профилактических прививок

Я, пациент, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_,

Заполняется законными представителями несовершеннолетних в возрасте до 15 лет,  
несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет

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

*(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя)*

\_\_\_\_\_ года рождения (далее - пациент),  
в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») при этом врачом Медицинского центра мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Мне разъяснено, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

2. Мне разъяснена и мною осознана необходимость проведения профилактической прививки, мне объяснены и мной осознаны возможные поствакцинальные осложнения, а также последствия отказа от профилактической прививки.

3. Мне разъяснено, что для этой для этих целей будет необходим один укол иглой. Эта процедура может быть связана с некоторым дискомфортом, включая возможное проявление кровоподтека на месте укола.

4. Мне разъяснена возможность получения бесплатной медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование), в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в других учреждениях здравоохранения. При этом я даю свое согласие получение платных медицинских услуг в Медицинском центре и готов(а) их оплатить.

5. Я информирован(а) о необходимости выполнения всех предписаний медицинских работников Медицинского центра. Мне разъяснено, что при проведении медицинского вмешательства, в ближайшем или отдалённом периоде могут возникнуть различные осложнения и последствия: аллергические реакции, инфекционные осложнения, нарушения со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, другие последствия вплоть до потери трудоспособности и летального исхода. Врач информировал меня об основных осложнениях и о способах их устранения. При этом я понимаю, что невозможно оговорить каждое осложнение и перечень представленных мне осложнений не является исчерпывающим.

6. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с п. 2 ст. 5 ФЗ от 17.09.1998 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 РФ 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 РФ от 15.07.99 г. № 825).

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

Получив от врача Медицинского центра полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

\_\_\_\_\_ (название прививки)  
возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл настоящего документа и всех медицинских терминов, и я добровольно соглашаюсь на проведение прививки

\_\_\_\_\_ (название прививки)  
.....  
: несовершеннолетнему пациенту (ФИО) \_\_\_\_\_ :  
: :  
: :  
: законный представитель несовершеннолетнего пациента \_\_\_\_\_ :  
: .....

Пациент \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

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

Врач \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)