|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ** **ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ «**СУРГУТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 2»КОМСОМОЛЬСКИЙ ПР., 10/1, Г.СУРГУТ |  | МЕДИЦИНСКАЯДОКУМЕНТАЦИЯ УТВЕРЖДЕНА ПРИКАЗОМ БУ»СУРГУТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА№2» ОТ 13.12.22019 №246 |

 **Информированное добровольное согласие на проведение профилактических прививок или отказа от них**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(фамилия, имя, отчество, год рождения гражданина, родителя (иного законного представителя)* *несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет, законного представителя лица, признанного недееспособным в порядке, установленном законодательством Российской Федерации*.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)*

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 гражданина 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.

Мне ясен, и я принимаю тот факт, что после вакцинации могут наблюдаться реакции на прививку - местные: покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции; общими: повышение температуры, недомогание, озноб, и другое; поствакцинальные осложнения: шок, аллергические реакции и другое. Мне известно, что вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация. Я поставил (поставила) в известность медицинского работника о предшествующих вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, вакцин, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня (представляемого) и ближайших родственников.

Я проинформирован(а) о возможном участии обучающихся (студентов) в оказании медицинской помощи и даю согласие / отказ (*нужное подчеркнуть)* на присутствие и участие обучающихся в оказании мне / ребенку / лицу, опекуном законным

представителем которого я являюсь (*нужное подчеркнуть)* медицинской помощи. (часть 9, статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

 Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N  157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"[\*(1)](file:///D%3A%5CUsers%5CBELES%5CDesktop%5C%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D0%B2%D0%BA%D0%B8%20%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9%20%D0%98%D0%94%D0%A1.docx#sub_1111) 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 (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок").

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

 Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

 **Против сезонного гриппа вакцина совигрипп**

*(название прививки)*

 возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю

, что мне понятен смысл всех терминов, и:

 **-добровольно соглашаюсь на проведение прививки**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***(название прививки)***

 в моем присутствии (отсутствии) *нужное подчеркнуть*

**- добровольно отказываюсь от проведения прививки**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(название прививки)***

**сроком до** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **причина отказа**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

мне/или несовершеннолетнему\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения гражданина, кому ставится прививка)*

 **Дата** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)**

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок гражданину, родителю /законному представителю несовершеннолетнего/недееспособного, и дал ответы на все вопросы.

 Врач \_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г

 *(фамилия, имя, отчество) (подпись)*