**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ЗАКОННООГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА НА**
**ВАКЦИНАЦИЮ**

Я
(фамилия, имя, отчество — полностью)
                     года рождения, проживающий (ая) по адресу:
паспорт: серия, номер
выдан
являюсь законным представителем                   ребенка
(мать, отец, опекун, усыновитель, попечитель)
(ФИО, возраст ребенка полностью)

что подтверждаю документом
Добровольно даю свое согласие на вакцинацию ребенка
вакцинами:           от
(указать название вакцин и заболевание)
и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.
— Мне понятен смысл и цели вакцинации.
— К моменту вакцинации у ребенка  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 работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.
— Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.
— Я ознакомлен (ознакомлена) с мерами социальной защиты граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.
— Я поставил (поставила) в известность медицинского работника о предшествующих вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных ребенком и известных мне заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на ребенка во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у ребенка и ближайших родственников. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
— Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вакцинацию.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись  законного
представителя пациента

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)
(Должность, И.О.Фамилия)

ПРИМЕЧАНИЕ:
При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законном порядке недееспособным, от медицинского вмешательства (вакцинации), необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.
На основании статей 5, 18, 19, 20, 21 Федерального закона от 17 сентября 1998 года № 157-ФЗ граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право:
— На отказ от профилактических прививок, при этом они обязаны в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок
— При возникновении поствакцинального осложнения на получение в органах социальной защиты населения единовременного пособия в размере 10 000 рублей. В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 30 000 рублей имеют члены его семьи. Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 1000 рублей. Гражданин, у которого временная нетрудоспособность связана с поствакцинальным осложнением, имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100 процентов среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы.