**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
*наименование медицинской организации*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**НА МЕДИЦИНСКОЕ  ВМЕШАТЕЛЬСТВО**  
**(ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ)**

Я, гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем  
     *(Ф.И.О. законного представителя ребенка полностью)*  
ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
*(Ф.И.О. ребенка полностью,пол, дата рождения)*  
в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РоссийскойФедерации", **даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство –проведениевакцинации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,***

***выполняемой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.***

Я в полной мере проинформирован (а) о:

целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях,  результатах данногомедицинского вмешательства.  
До меня доведена информация:  
- о  том, что  профилактическая  прививка - это введение в организм человека медицинского   иммунобиологического  препарата   дл создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;  
- о необходимости  проведения  профилактической  прививки;  
- о возможных поствакцинальных осложнениях, в том числе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и др.;  
- о необходимости выполнения предписаний медицинских работников.  
До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях  введениямедицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мнебыла предоставлена.      
Я также проинформирован (а) о том, что  в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального  закона от 17 сентября 1998 г. N157-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 профилактическихпрививок;  
- временный  отказ  в  приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовыхинфекционных 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 (а) исчерпывающие ответы.  
Получив  полную  информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я  подтверждаю, что мне понятен смысл всехтерминов и в отношении своего ребенка я добровольно **соглашаюсь** на проведение указанной вакцинации (прививки)  
   
Подпись законного представителя ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      
   
Фамилия и подпись медицинского работника:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   
Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  20\_\_ г.

   
*Подпись ребенка, достигшего 15-летнего возраста: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*