

**Номер страхового полиса:**

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК  
ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

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

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ года рождения,

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) медицинским работником:

- 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 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.

2. 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" 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 гриппа \_\_\_\_\_,  
(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 \_\_\_\_\_ против гриппа \_\_\_\_\_  
(название прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_ против гриппа \_\_\_\_\_  
(название прививки)

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_  
(подпись)

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

Медицинский работник \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Оборотная сторона добровольного информированного согласия

**Анкета**

(заполняется пациентом перед вакцинацией  
против гриппа)

ФИО \_\_\_\_\_

Ваш возраст(полных лет)

№	Вопрос	Да	Нет
1	Имеются ли у Вас жалобы на самочувствие? (если да - указать в п. 7)		
2	Проводились ли Вам профилактические прививки в течение последних 30 дней? (если да - указать какие в п.7)		
3	Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на профилактические прививки, в прошлом (анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°C), аллергическая реакция на яичный белок?		
4	Имеются ли у Вас в настоящие времена признаки простудного заболевания или других острых инфекционных заболеваний?		
5	Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания (если да - указать диагноз в п. 7)?		
6	Беременность (для женщин, если да - указать срок в п. 7)		
7	Примечание		

Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете.

Дата \_\_\_\_\_ 202\_ , подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО)

*Информация, заполняемая медицинским работником:*

- температура тела	
- допущен / не допущен (при медицинском отводе - код МКБ-10 диагноза)	

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_