

Полис ИМС N

Приложение 3 к приказу
Департамента здравоохранения
города Москвы
от 01.09.2026г. № 798

ФОРМА

Информированное добровольное согласие на проведение профилактической прививки взрослым против гриппа

(документ составлен в соответствии со ст. 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г.
№ 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»)

Вакцинация против гриппа проводится инактивированными вакцинами, которые не содержат живого вируса и не могут привести к заболеванию. Инактивированные вакцины получают путем полного обезвреживания бактерий и вирусов с сохранением их иммуногенных свойств (способность формировать иммунитет в организме человека). Таким образом, не существует даже теоретической возможности заболеть гриппом из-за вакцинации.

Вакцины зарегистрированы и полностью безопасны, обладают высокой эффективностью и вырабатывают стабильный иммунитет. В г. Москве не зафиксировано ни одного случая осложнения после прививки от гриппа, также не было зафиксировано ни одного случая тяжелого течения гриппа у вакцинированных людей.

Грипп является острым инфекционным заболеванием, которое развивается стремительно и начинается с резкого подъема температуры (до 38-40°C) с кашлем или першением в горле и сопровождается симптомами общей интоксикации: ознобом, болями в мышцах и суставах, головной болью, болью в глазах. Осложнения гриппа включают в себя пневмонию, острую дыхательную недостаточность, миокардит и другие. Осложнения гриппа чаще возникают в группах риска, к которым относятся пожилые люди, беременные женщины, иммунокомпроментированные лица и лица, страдающие хроническими заболеваниями.

Вакцинация - это самый эффективный способ защиты от гриппа и его осложнений.

Вакцинироваться от гриппа рекомендуется ежегодно. Каждый год вирус гриппа мутирует, появляются новые штаммы. По рекомендации ВОЗ ежегодно разрабатываются новые вакцины именно против тех штаммов, которые будут распространены в этом году.

В редких случаях после введения вакцины возможны совершенно обычные реакции, такие как небольшой подъем температуры и болезненность в месте укола, что проходит в тот же или на следующий день.

В случае если в день вакцинации отмечается острое заболевание или обострение хронической болезни, врач не допустит пациента к проведению прививки. Лица, имеющие аллергию на компоненты вакцины или куриный белок, не допускаются к вакцинации.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и осознаю, что отказ от вакцинации может повлечь за собой вред для моего здоровья. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина - полностью, дата рождения)

(при согласии написать полностью «Даю добровольное согласие на вакцинацию против гриппа»)

Дата _____ 202 _____, подпись _____

(ФИО) _____

ФОРМА

**Информированное добровольное согласие
пациента на обработку персональных данных**

Я, _____ (Ф.И.О.
субъекта персональных данных), « _____ » _____ года рождения, проживающий по адресу:
_____, паспорт: серия _____ № _____, выдан
« _____ » _____ г. _____, руководствуясь ст. ст. 9, 10
Федерального закона от 27 июля 2006 г. ДФ 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие

(наименование и адрес медицинской организации) (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

(подпись, Ф.И.О.)

« _____ » _____ 202 _____ г.

Согласие получено " _____ " _____ 202 _____ г.

Представитель медицинской организации: _____

(подпись, Ф.И.О.)