

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИНАЦИИ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИ)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество законного представителя)
паспорт: _____, выдан _____,
проживающий по адресу _____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным

(Фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного, дата рождения) |

в соответствии со статьей 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ознакомлен(а) с правами пациентов.

Согласно статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я проинформирован об условиях и порядке предоставления платных медицинских услуг в ООО ЛДЦ «Миленарис».

Я даю информированное добровольное согласие на применение метода вакцинации в целях иммунопрофилактики инфекционных заболеваний.

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснено, что применение вакцинопрофилактики предполагает введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата, _____, содержащего антиген-специфичный _____ компонент (в составе вакцин и анатоксинов), с целью формирования активного защитного иммунитета организма против определённого инфекционного агента или вырабатываемых ими экзотоксинов, реже для лечения некоторых заболеваний (создание специфической невосприимчивости к инфекционным болезням).

Мне понятен смысл и цели вакцинации.

Я предупрежден (а) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации. Я подтверждаю, что к моменту вакцинации у меня (представляемого лица) нет острых жалоб на состояние здоровья (температуры, боли, озноба, сильной слабости).

Я понимаю, что вакцинация - профилактическое мероприятие, которое снижает риск развития отдельных инфекционных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.

Я уведомлен(а) о том, что после вакцинации 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, слабость, головная боль, миалгия и другие). Мне понятно, что крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения: аллергические реакции (анафилактический шок, анафилактоидная реакция, крапивница, сыпь, отек Квинке), осложнения со стороны нервной системы (судорожные реакции), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация. Мне разъяснена необходимость незамедлительного обращения к врачу в случае возникновения таких осложнений

Я подтверждаю, что поставил лечащего врача в известность о всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной

непереносимости лекарственных препаратов, о всех перенесенных мною известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, сообщать правдивые сведения о моей наследственности, а также о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими средствами.

_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О. гражданина)
_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления)	

ОБРАЗОЦ