ДОБРОВОЛЬНЫЙ ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

1. Я, нижеподписавшаяся(ийся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю то, что проинформирован врачом:
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, последствиях отказа от нее, возможных поствакцинальных осложнениях, инвалидности, смерти вследствие поствакцинальных осложнений (Постановление Правительства России "Об утверждении перечня поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий" от 2.08.1999 г. N 885, статья 19 Закона РФ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" от 17.09.1998 N 157-ФЗ);
в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок;
г) о выполнении предписаний медицинских работников;
д) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 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 (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 “Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок”).

Получив информацию о необходимости проведения профилактической ревакцинации против дифтерии, столбняка (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2011 N 51н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям") и прочих (ре)вакцинаций, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и на основе статей 19 закона от 21.11.2011 N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", 5 закона от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" добровольно отказываюсь от проведения ревакцинации против дифтерии, столбняка, вакцинаций против гриппа, кори, вирусного гепатита В, краснухи и других заболеваний. Действие моего отказа от прививок (вакцинаций и ревакцинаций) бессрочное: на всю оставшуюся жизнь или до добровольного согласия на прививки при сохранении прав отказа от проведения профилактических прививок в приводимых тут или будущих законах России.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеподписавшаяся (ийся)

 ОТКАЗЫВАЮСЬ ОТ ПОСТАНОВКИ ПРИВИВКИ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БЕСЕДА ПРОВЕДЕНА.

 Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок.

Врач(ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

 Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_