

Добровольное информированное согласие на проведение профилактической прививки, по эпидемиологическим показаниям, Гам-КОВИД-Вак-М («Спутник М») детям или отказа от неё.

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
законный представитель ребенка _____

года рождения (*для детей старше 15 лет только «нижеподписавшийся»*), настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

а) что профилактическая прививка Гам-КОВИД-Вак-М («Спутник М») разработана для профилактики новой коронавирусной инфекции Covid-19 для детей 12-17 лет, в соответствии со статьями 1, 9,10 и п.3 ст. 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и включена в национальный календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям на основании Приказа Минздрава Российской Федерации от 06.12.2021 г. № 1122н.

б) о том, что профилактическая прививка Гам-КОВИД-Вак-М – это введение в организм человека медицинского иммунологического препарата для создания специфической невосприимчивости к вирусу SARS-CoV-2;

в) о необходимости проведения профилактической прививки Гам-КОВИД-Вак-М, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от неё;

г) о медицинской помощи при проведении профилактической прививки Гам-КОВИД-Вак-М, включающий, сбор анамнеза, измерение температуры, измерение уровня сатурации и обязательный медицинский осмотр врачом педиатром перед прививкой (а при необходимости – медицинского обследования), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

д) о выполнении предписаний медицинскими работниками.

2. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки Гам-КОВИД-Вак-М, возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от неё, я подтверждаю, что мне понятен смысл терминов, и

Добровольно соглашаюсь на проведение прививки Гам-КОВИД-Вак-М («Спутник М»):

_____ «____» _____ 202__ г.
Фамилия Имя Отчество подпись дата

Добровольно отказываюсь от проведения прививки Гам-КОВИД-Вак-М («Спутник М»):

_____ «____» _____ 202__ г.
Фамилия Имя Отчество подпись дата

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактической прививки Гам-КОВИД-Вак-М («Спутник М») несовершеннолетнему / законному представителю несовершеннолетнего, и дал ответы на все вопросы.

Врач: _____ «____» _____ 202__ г.
Фамилия Имя Отчество подпись дата