|  |  |
| --- | --- |
| **АДМИНИСТРАЦИЯ****СТАРООСКОЛЬСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ****УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**Комсомольская ул., д. 43,г. Старый Оскол, Белгородская область, 309514Тел./факс (4725) 22-03-38, 22-43-10e-mail: info@oskoluno.ru;http://www.oskoluno.ru« 19 » августа 2019 г. № 42-05-02-10/5257На № от  | Руководителю образовательного учреждения |

На основании письма администрации ОГБУЗ «ГПД №3» города Старого Оскола от 13.08.2019 года №1/1361 департаментом здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области и Главным государственным санитарным врачом Белгородской области на 2019-2020 годы утвержден план профилактических прививок против гриппа детям, посещающим образовательные учреждения Старооскольского городского округа.

Приложение: Форма бланка «Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них».

И.о. начальника управления

образования И.Г. Ушакова

Е.И. Короденко, 22-67-75



 Приложение

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК**

**ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Я, нижеподписавшийся(аяся) |  | , |
|  | (фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрастедо 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнегов возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет) |  |
|  |  года рождения, настоящим подтверждаю то, что проинформиро- |
| (указывается год рождения несовершеннолетнегов возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнегобольного наркоманией в возрасте старше 16 лет) |  |

ван(а) 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, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет 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. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»[[1]](#endnote-2) 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»[[2]](#endnote-3)).

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

|  |  |
| --- | --- |
|  | , |
| (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[[3]](#endnote-4) |  |
|  | (название прививки) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (добровольно отказываюсь от проведения прививки |  | ) |
|  | (название прививки) |  |
| несовершеннолетнему |  | . |
|  | (указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, нижеподписавшийся(аяся)[[4]](#endnote-5) |  | , |
|  | (фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрастедо 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет/несовершеннолетнегов возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |
|  |  |  | (подпись) |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врач |  |  |  |  Дата |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |  | (подпись) |  |  |

1. Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736; 2000, № 33, ст. 3348; 2003, № 2, ст. 167; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 1 (ч. 1), ст. 25; 2006, № 27, ст. 2879; 2007, № 43, ст. 5084; № 49, ст. 6070; 2008, № 30 (ч. 2), ст. 361; № 52 (ч. 1), ст. 6236; 2009, № 1, ст. 21. [↑](#endnote-ref-2)
2. Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3766. [↑](#endnote-ref-3)
3. Нужное подчеркнуть. [↑](#endnote-ref-4)
4. Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет. [↑](#endnote-ref-5)