

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____, являясь законным представителем ребенка _____, на основании ст.32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» № 5487-1, даю свое согласие на проведение вакцинопрофилактики своего ребенка в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Мне разъяснена суть профилактики путем проведения прививок. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила(а) исчерпывающий ответ. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных медицинских мероприятий возможно, но не обязательно развитие поствакцинальных реакций в виде нарушения самочувствия, повышения температуры, уплотнения в месте инъекций в первые 2-е суток после прививки. В очень редких случаях встречаются поствакцинальные осложнения (аллергические реакции, поражения Ц.Н.С., генерализованная инфекция и т.п.). Я предупрежден(а) о том, что в случае возникновения таких реакций необходимо обратиться за консультацией к медицинскому работнику. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все вышесказанное, и что до моей подписи оставленные пространства не были заполнены.

Подпись представителя
Ребенка _____
Дата _____

Подпись медицинского
работника _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____, являясь законным представителем ребенка _____, на основании ст.32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» № 5487-1, даю свое согласие на проведение вакцинопрофилактики своего ребенка в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Мне разъяснена суть профилактики путем проведения прививок. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила(а) исчерпывающий ответ. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных медицинских мероприятий возможно, но не обязательно развитие поствакцинальных реакций в виде нарушения самочувствия, повышения температуры, уплотнения в месте инъекций в первые 2-е суток после прививки. В очень редких случаях встречаются поствакцинальные осложнения (аллергические реакции, поражения Ц.Н.С., генерализованная инфекция и т.п.). Я предупрежден(а) о том, что в случае возникновения таких реакций необходимо обратиться за консультацией к медицинскому работнику. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все вышесказанное, и что до моей подписи оставленные пространства не были заполнены.

Подпись представителя
Ребенка _____
Дата _____

Подпись медицинского
работника _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____, являясь законным представителем ребенка _____, на основании ст.32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» № 5487-1, даю свое согласие на проведение вакцинопрофилактики своего ребенка в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Мне разъяснена суть профилактики путем проведения прививок. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила(а) исчерпывающий ответ. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных медицинских мероприятий возможно, но не обязательно развитие поствакцинальных реакций в виде нарушения самочувствия, повышения температуры, уплотнения в месте инъекций в первые 2-е суток после прививки. В очень редких случаях встречаются поствакцинальные осложнения (аллергические реакции, поражения Ц.Н.С., генерализованная инфекция и т.п.). Я предупрежден(а) о том, что в случае возникновения таких реакций необходимо обратиться за консультацией к медицинскому работнику. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все вышесказанное, и что до моей подписи оставленные пространства не были заполнены.

Подпись представителя
Ребенка _____
Дата _____

Подпись медицинского
работника _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____, являясь законным представителем ребенка _____, на основании ст.32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» № 5487-1, даю свое согласие на проведение вакцинопрофилактики своего ребенка в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Мне разъяснена суть профилактики путем проведения прививок. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила(а) исчерпывающий ответ. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных медицинских мероприятий возможно, но не обязательно развитие поствакцинальных реакций в виде нарушения самочувствия, повышения температуры, уплотнения в месте инъекций в первые 2-е суток после прививки. В очень редких случаях встречаются поствакцинальные осложнения (аллергические реакции, поражения Ц.Н.С., генерализованная инфекция и т.п.). Я предупрежден(а) о том, что в случае возникновения таких реакций необходимо обратиться за консультацией к медицинскому работнику. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все вышесказанное, и что до моей подписи оставленные пространства не были заполнены.

Подпись представителя
Ребенка _____
Дата _____

Подпись медицинского
работника _____