

**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
возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16
лет) / несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного
наркоманией в возрасте старше 16 лет)

года рождения, настоящим подтверждаю то,

(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

что проинформирован(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” 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”).

6300 и.б.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки,

возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки

(добровольно отказываюсь от проведения прививки)¹

несовершеннолетнему

(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся (аясь)²

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в 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 _____

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата _____

¹ Нужно подчеркнуть.

² Заполняется для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет.

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ИЛИ ОТКАЗ ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся (-ая)

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя))

года рождения,

настоящим подтверждаю то, что информирован (-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, включающий обязательный медицинский осмотр, 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 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).

4500 лет

15/11/11

Я имел (-а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (-а) исчерпывающие ответы.
Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от неё, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки³ _____
(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 _____
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет/несовершеннолетнего в 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.

<2> Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3766.

<3> Нужно подчеркнуть.

<4> Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет. (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.01.2009 № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них»)

ЖУРНАЛ

учета движения иммунобиологических
лекарственных препаратов



[illegible]

№ 34

ЖУРНАЛ
УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК
за _____ 20 ____ г.

Зав. отд.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинский документация
Форма № 064/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения _____

ЖУРНАЛ
учета профилактических прививок
за _____ 19__ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4 48 страниц

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Домашний адрес	Название места работы или учебного заведения	Название препарата (вакцина, анатоксин и т.п.)	Вакцинация или ревакцинация	Метод прививки (подкожно, внутримышечно, интратанально и пр.)
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

продолжение

Прививки									Реакция: местная, общая; после какой прививки	Примечание
I-я			II-я			III-я				
дата	доза	серия	дата	доза	серия	дата	доза	серия		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

и т.д. до конца страницы

Инструкция по заполнению учетной формы № 064/у
ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Журнал учета профилактических прививок предназначен для ежедневного учета всех проведенных лечебно-профилактическим учреждением прививок. Эта форма используется для учета прививок взрослому населению и учащимся-подросткам (ПТУ, ТУ, техникум, вуз).

В графе «Примечание» следует указывать сведения об аллергологических пробах, проведенных перед прививкой и патологических реакциях на прививку.

В зависимости от количества проводимых прививок на каждый их вид заводится отдельный журнал или выделяется несколько листов в журнале.

Данные журналов используются для составления отчетов о профилактических прививках.

Форма рецептурного бланка № 107-1/у

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)
медицинской организации

Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. № 1094н

Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдавшего лицензию)

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии)
пациента _____

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)
(нужное подчеркнуть) (указать количество дней)

Отметка о назначении лекарственного
препарата по решению врачебной комиссии

Приготовил	Проверил	Отпустил

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

И
к приказу Министерства з
Российской Федерации от 21

нование учреждения

Медицинская до
Форма

Утверждена. Приказом
Российской Федер

ЖУРНАЛ УЧЕТА

клинико-экспертной работы

лечебно-профилактического учреждения

_____ Г.

102 шт.

[illegible]

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

Серия

--	--	--	--

N

--	--	--	--	--

РЕЦЕПТ

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного
пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

Подпись

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 15 дней,