**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

27.10.2015 г. № 012.1/492

****

**МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ**

**ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ЗАРЕГИСТРИРОВАНО**

**Регистрационный № \_687\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_28\_» \_\_\_октября\_\_\_\_\_\_\_\_2015\_\_ г.**

 **Добровольное информированное согласие**

**на проведение дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита или отказа от нее**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий (ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я являюсь законным представителем ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес проживания ребенка)

 Подтверждаю, что проинформирован:

**а)** о том что, полиомиелит (детский спинномозговой паралич) - острое вирусное заболевание, поражающее спинной мозг и приводящее в тяжелых случаях к полному параличу – отсутствию способности передвигаться, а также к летальным исходам.

б) о том, что профилактические прививки – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

**в)** о том, что дополнительная иммунизация от полиомиелита, проводимая согласно Закона ДНР от 06.06.2015 №I-123П-НС «Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения» и действующего законодательства, - это кампания иммунизации, проводимая в 3 тура с интервалом 4 недели в дополнение к плановой иммунизации населения направленная на иммунизацию всех детей целевой группы от полиомиелита, независимо от ранее проведенных прививок от полиомиелита;

**г)** о необходимости проведения профилактической прививки;

**д)** о том, что в случае отказа от проведения дополнительной иммунизации, мой ребенок не сможет посещать дошкольное детское учреждение в течение 60 дней от момента проведения последнего тура вакцинации ( в течение 5 месяцев с начала первого тура иммунизации);

**е)** что, в случае посещения непривитым ребенком коллектива, где проводится массовая иммунизация живой оральной вакциной, существует высокий риск возникновения у непривитого ребенка вакциноассоциированного паралитического полиомиелита.

 Мне понятен смысл и цели вакцинации.

 К моменту вакцинации у ребенка нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).

 Получив информацию о необходимости дополнительной туровой иммунизации от полиомиелита и возможных последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл терминов, и:

**Добровольно соглашаюсь на проведение дополнительной туровой иммунизации от полиомиелита**

вакциной ОПВ/ИПВ (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Добровольно отказываюсь от проведения дополнительной туровой иммунизации от полиомиелита** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ года

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

Информацию предоставил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Ф.И.О.)

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Министр В.В. Кучковой