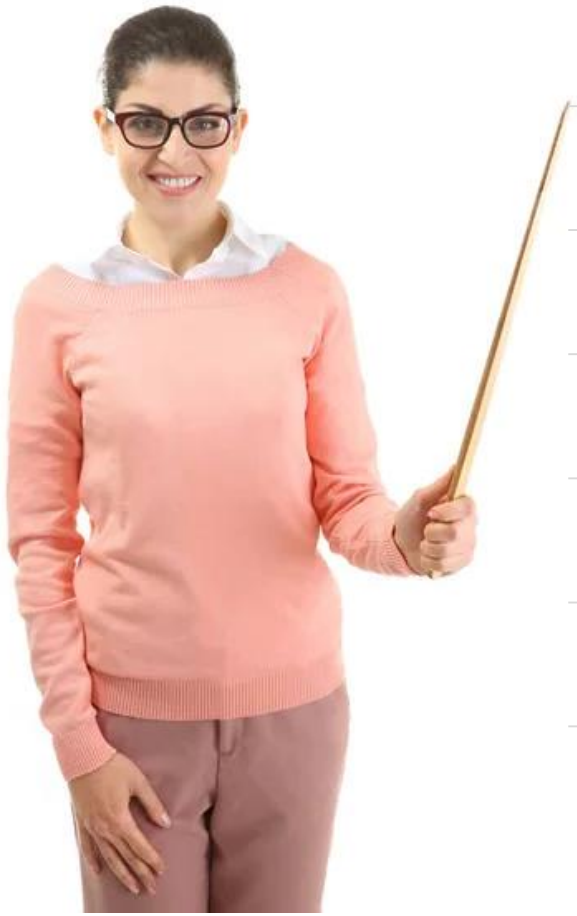
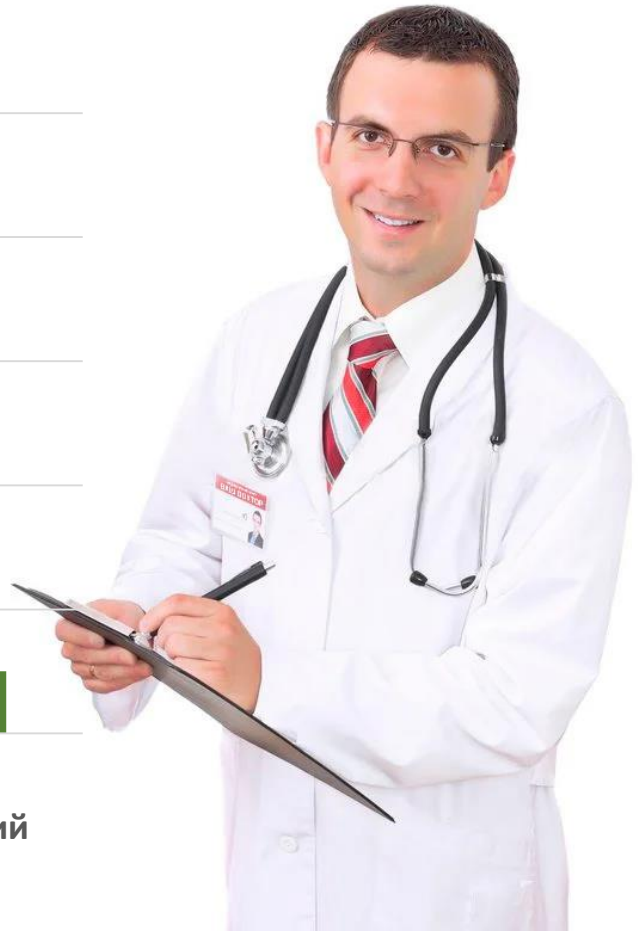
Дай ему будущее!!!

Смотрите! Вам это нужно!





Законодательство

- Приказ Министерства Здравоохранения РФ № 1122Н от 20.12.2021 г. «Об утверждении национального календаря профилактических прививок…»
- Федеральный закон 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ…» ст. 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство…»
- Необходимым условием является предварительное заявление от родителей

Главному врачу

ГАУЗ «ДГКП № 6 г. Челябинск»

С.В. Казарину

Кожемякиной Татьяны Владимировны

+7 999 555 11 22

(ФИО заявителя, телефон)

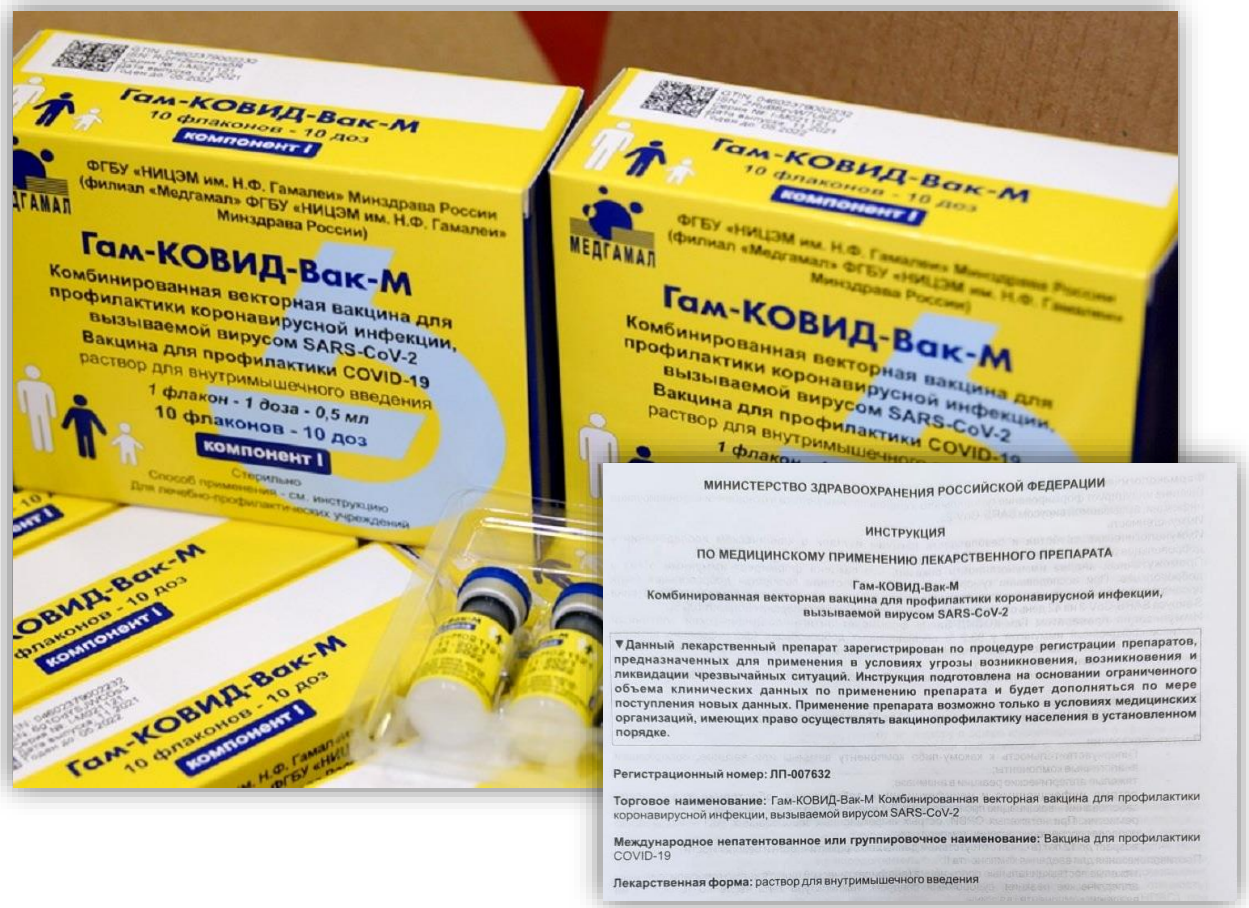
ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести курс вакцинации против новой коронавирусной инфекции (COVID 19) вакциной «Гам – КОВИД – Вак – М» несовершеннолетнему *Кожемякину Вадиму Александровичу 23.02.2007 г.р.* , учащемуся *9а* класса, *17б* школы, законным представителем которого я являюсь.

«31» января 2022 *Подпись*

Информация о вакцине «Спутник М» («Гам-КОВИД-Вак-М»)

- Разработана специально для подростков с 12 до 17 лет.
- Препарат прошел клинические испытания.
- Безопасность подтверждена исследованиями. С результатами исследований можно ознакомиться на официальном сайте Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи (ссылка под этой презентацией)
- Полностью повторяет взрослую вакцину «Спутник V», но дозировка уменьшена в 5 раз.



Мы гарантируем

- **Вакцинация осуществляется медицинскими работниками, прошедшими обучение по вопросам применения иммунобиологических лекарственных препаратов.**
- **Вакцина не содержит живого вируса и поэтому не приводит к заражению граждан, а создает иммунный ответ и защищает человека от развития тяжелых форм заболевания.**
- **Наличие антител к COVID-19 не влияет на принятие решения о вакцинации**

Порядок

Шаг 1. Подать заявление медицинскому работнику (классному руководителю) школы на проведение курса вакцинации

Шаг 2. Выбрать место проведения вакцинации (поликлиника или школа)

Шаг 3. Не ранее, чем за 3 дня до вакцинации заполнить Информированное добровольное согласие(далее - ИДС) на проведение процедуры (в школе у мед. работника; в поликлинике в процедурном кабинете в момент постановки вакцины).

Примечание: подростки от 15 лет дают ИДС самостоятельно, в момент постановки вакцины! Для подростков от 12 до 15 лет ИДС дают родители не ранее, чем за 3 суток до момента вакцинации.

Порядок

Шаг 4. В назначенное время пройти осмотр у врача, заполнить анкету, получить направление.
Примечание: при себе иметь СНИЛС, паспорт (свидетельство о рождении) ребенка.

Шаг 5. С направлением пройти в процедурный кабинет поликлиники или школы, пройти вакцинацию с 30-ти минутным процессом наблюдения.

Шаг 6. Получить информацию о вакцинации на портале Госуслуги.

Шаг 7. Через 21 день пройти второй этап вакцинации.

Шаг 8. Проверить информацию о вакцинации на портале Госуслуги.

Шаг 9. При возникновении вопросов на любом этапе, обратиться по телефону поликлиники +7 (351) 700-94-10 доб. 626 (заведующая отделением Каспришина Мария Алексеевна).

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ
ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____,
(фамилия, имя, отчество родителя (иногозаконного 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,
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Настоящим подтверждаю то, 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. N 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 1999г. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок" <2>).

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки
«Гам-КОВИД-Вак-М
_____,
(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> _____
(название прививки)
добровольно **отказываюсь** от проведения прививки _____
(название прививки)
несовершеннолетнему _____
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождении 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, N 38, ст. 4736; 2000, N 33, ст. 3348; 2003, N 2, ст. 167; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1 (ч. I), ст. 25; 2006, N 27, ст. 2879; 2007, N 43, ст. 5084; N 49, ст. 6070; 2008, N 30 (ч. II), ст. 361; N 52 (ч. I), ст. 6236; 2009, N 1, ст. 21.

<2> Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 29, ст. 3766.

<3> Нужное подчеркнуть.

<4> Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.

Уважаемые пациенты и родители!

Согласно ст.20 Федерального закона № 323 вакцинация не может быть осуществлена без вашего добровольного информированного согласия. Данное Согласие не снимает ответственность с нас, врачей, за безопасное и качественное проведения вакцинации и наблюдение за здоровьем пациента после вакцинации. Мы, по-прежнему, полностью отвечаем за здоровье ваших детей. Данным Согласием вы предоставляете нам право осуществить вакцинацию и нести за неё полную ответственность.

Взаимодействие

Заместитель главного врача по медицинской части –
Магафурова Ирина Викторовна, тел. +7 (351) 700-94-10 доб. 612

Вакцинация в образовательных организациях:
Заведующий отделением – Каспришина Мария Алексеевна,
тел. +7 (351) 700-94-10 доб. 626

Вакцинация в поликлинике:
Заведующий поликлиникой – Ардашева Марина Ивановна,
тел. +7 (351) 700-94-10 доб. 555
Главная медицинская сестра – Карасёва Екатерина Игоревна,
тел. +7 (351) 700-94-10 доб. 617