



Приложение 2
к Санитарным правилам
«Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и
проведению профилактических
прививок населению»
форма

Информированное согласие на проведение профилактических прививок

Я _____
(ФИО (при его наличии) прививаемого лица или родителя (законного
представителя) несовершеннолетнего)

Даю согласие на получение профилактической прививки:
ККП- в 6 лет, АБКДС -в 6 лет, АДСм - в 16 лет

(наименование вакцины или других иммунологических лекарственных
препаратов (иммунобиологических лекарственных препаратов))

(ФИО (при его наличии), дата рождения лица, которому вводится вакцина
или другие иммунологические лекарственные препараты
(иммунобиологические лекарственные препараты))

и подтверждаю, что проинформирован (а) о важности проведения
профилактической прививки, возможных реакциях и неблагоприятных
проявлениях на вакцину, необходимости своевременного обращения в
организацию здравоохранения при развитии любых неблагоприятных проявлений
после иммунизации, вызывающих беспокойство, а также о последствиях отказа от
профилактических прививок.

Дата « ____ » _____ 20 ____ года

Подпись _____
(прививаемого лица или родителя (законного представителя) несовершеннолетнего)



Appendix 2

to the Sanitary Rules

“Sanitary and Epidemiological Requirements for the Organization and Conduct of Preventive Vaccinations of the Population”

form

Informed consent for preventive vaccination

I, _____
(full name (if available) of the person to be vaccinated or the parent (legal representative) of the minor)

hereby give my informed consent for the administration of the following preventive vaccination:
MMR – at 6 years old, DTP – at 6 years old, Td – at 16 years old

(name of the vaccine or other immunological medicinal products (immunobiological medicinal products))

(full name (if available), date of birth of the person to whom the vaccine or other immunological medicinal products (immunobiological medicinal products) will be administered)

and confirm that I have been informed about the importance of preventive vaccination, possible reactions and adverse effects to the vaccine, the necessity of timely seeking medical attention in case of any post-immunization adverse effects causing concern, as well as about the consequences of refusal of preventive vaccinations.

Date: «___» _____ 20__

Signature: _____
(of the vaccinated person or the parent (legal representative) of the minor)



Қосымша 2

Санитариялық қағидаларға

«Халыққа профилактикалық екпелерді ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар»

Профилактикалық екпелер жүргізуге арналған ақпараттандырылған келісім
Формасы

Мен _____

(Екпе Егілетін адамның немесе кәмелетке толмаған баланың ата-анасының (заңды өкілінің) Т.А.Ә. (бар болса))

Келесі профилактикалық екпені алуға келісім беремін:

Қызылша, қызамық, паротит (ҚҚП) - 6 жаста, Көкжөтел, дифтерия, сіреспе (АБКДС) - 6 жаста, Дифтерия, сіреспе (АДСм) - 16 жаста

(Вакцинаның немесе басқа иммунологиялық дәрілік препараттардың (иммундық-биологиялық дәрілік препараттардың) атауы)

(Вакцина немесе басқа иммунологиялық дәрілік препараттар (иммундық-биологиялық дәрілік препараттар) енгізілетін адамның Т.А.Ә. (бар болса), туған күні)

және профилактикалық екпелер жүргізудің маңыздылығы, вакцинаға болуы мүмкін реакциялар мен жағымсыз көріністер, иммунизациядан кейін кез келген мазасыздық тудыратын жағымсыз көріністер дамыған жағдайда денсаулық сақтау ұйымына уақтылы жүгіну қажеттілігі, сондай-ақ профилактикалық екпелерден бас тартудың салдары туралы хабардар етілгенімді растаймын.

Күні «___» _____ 20__ жыл

Қолы _____

(Екпе егілетін адамның немесе кәмелетке толмаған баланың ата-анасының (заңды өкілінің) қолы)