



ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИ
ПРОТИВ ВИРУСОВ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (HPV)
вакциной Gardasil 9®

ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ (нужное отметить крестиком)	да	нет
Были ли у Вашего ребенка какие-либо серьезные жалобы или побочные эффекты после прививки, кроме легких местных реакций, таких как покраснение, отек, боль в месте инъекции или незначительное повышение температуры? Если да, то какие?	☐	☐
У Вашего ребенка сейчас есть или в течение последних 2 недель была высокая температура ? Есть ли у Вашего ребенка в настоящее время кашель, насморк, боль в горле? Есть ли в настоящее время другая инфекция ?	☐	☐
Есть ли у Вашего ребенка аллергия (например, на белок куриных яиц, лекарства)? Если да, то какая?..... Если Ваш ребенок сейчас получает инъекционную терапию от веществ, вызывающих аллергию: Когда было последнее введение? Когда планируется следующее введение?.....	☐	☐
Есть ли у Вашего ребенка врожденная или приобретенная иммунная недостаточность/иммунное заболевание ? Если да, то какие?	☐	☐
Ваш ребенок регулярно принимает лекарства (например, кортизон, цитостатические препараты, препараты, разжижающие кровь)? Если да, то какие?	☐	☐
Ваш ребенок в настоящее время проходит химиотерапию и/или лучевую терапию ?	☐	☐
Страдает ли Ваш ребенок серьезным или хроническим заболеванием (например, раком, аутоиммунным заболеванием, нарушением процесса свертывания крови)? Если да, то каким?.....	☐	☐
Ваш ребенок недавно перенес инвазивное лечение (например, операцию)?	☐	☐
Страдает ли Ваш ребенок хроническим воспалительным заболеванием головного или спинного мозга ?..... Случались ли у Вашего ребенка эпилептические приступы ?.....	☐	☐
Получал ли Ваш ребенок в течение последних 3 месяцев кровь, препараты крови или иммуноглобулины ? Если да, то когда?.....	☐	☐
Если подросток беременна , пожалуйста, отметьте крестиком это поле!	☐	☐
Делали ли Вашему ребенку какую-то другую прививку в течение последних 4 недель ? Если да, то какую и когда?	☐	☐

Пожалуйста, см. на обороте, спасибо!

Заполните, пожалуйста, заглавными печатными буквами, спасибо!

Школа ребенка

Класс ребенка

Фамилия ребенка

Имя ребенка

Адрес

Номер социального страхования и дата рождения ребенка: XXXX день/месяц/год

Имя и фамилия одного из родителей или лица, их заменяющего

Номер социального страхования и дата рождения одного из родителей или лица, их заменяющего:
XXXX день/месяц/год

Своей подписью я подтверждаю, что внимательно прочитал / прочитала и понял / поняла информационный лист и инструкцию по применению вышеуказанной вакцины (Gardasil 9 ®). Я получил / получила информацию о составе вакцины, а также о противопоказаниях к применению и возможных побочных эффектах прививки, эта информация мне понятна.

У меня была возможность обсудить с врачом все оставшиеся вопросы в рабочие часы школьной медицинской службы, но я достаточно осведомлен / осведомлена о пользе и риске прививки и поэтому не нуждаюсь в личной консультации.

Я даю согласие на передачу данных в медицинскую службу для составления анонимной статистики для Федерального министерства социальных дел, по вопросам здравоохранения, ухода и защиты прав потребителей.

Я даю согласие на проведение прививки.

Дата

Подпись одного из родителей или лица, их заменяющего

ПРИМЕЧАНИЕ:

Если Вы желаете воспользоваться возможностью личной консультации с врачом в рабочие часы школьной медицинской службы, просьба подписать данное заявление о согласии только после проведения консультативного разговора и передать его лично в руки школьному врачу.

Номер партии:

Примечания врача:

Дата

Штамп и подпись врача