



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Государственное бюджетное учреждение  
«Аргунская городская больница №1»

366310, Чеченская Республика. Г.Аргун ул. Титова, 8 а  
тел/факс: 8 (8712) 29-93-03, e-mail: [medargun@mail.ru](mailto:medargun@mail.ru)

Исх. № 257 от 10.03 2025г.

Начальнику  
МУ «Департамент образования  
г.Аргун»  
С.Р. Усманову

Копия: Мэру г.Аргун  
И.А. Масаеву

Уважаемый Сайд-Магомед Рамзанович!

Доводим до Вашего сведения, что на основании Постановления Главного Государственного санитарного врача по Чеченской Республике № 1 от 13.01.2025г. «О проведении дополнительных мероприятий по иммунизации против полиомиелита на территории Чеченской Республике в 2025 году», в соответствии 51ст.8 Федерального закона от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п. 2 ст. 10 Федерального закона от 17 сентября 1998г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 05.04.2022г. №11 «О проведении подчищающей иммунизации против полиомиелита в 2025 году, письмом Роспотребнадзора от 17.01.2023г. №02/560-2023-24 «О проведении дополнительной иммунизации против полиомиелита».

Просим Вас довести данную информацию до сведения руководителей общеобразовательных учреждений городского округа г. Аргун и оказать содействие в вопросе обеспечения необходимых условий для проведения иммунизации в медицинских кабинетах общеобразовательных учреждений г. Аргун, информирования родителей (законных представителей ребенка) учащихся о проводимой дополнительной двухтуровой иммунизации против полиомиелита детей в возрасте от 3мес. до 14 лет 11 мес. 29 дней в период с 07.04.2025 по 11.04.2025 (1тур) и 12.05.2025 по 16.05.2025 (2тур), а также предоставить списки обучающихся на электронный адрес МУ [medargun@mail.ru](mailto:medargun@mail.ru).

С уважением,

/ Главный врач



Х.Х. Хизриев

Приложение к Приказу МЗРФ от 26.01.2009 № 19н

**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,

**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 РФ 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 п. 2 ст. 5 ФЗ от 17.09.1998 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 РФ от 15.07.1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

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

О возможных последствиях отказа от вакцинации и осложнениях инфекционных заболеваний, а именно:

- энцефалит,
- инвалидизация в виде параличей с атрофией мышц,
- осложнения со стороны дыхательной и нервной системы,
- тяжелое поражение печени,
- бесплодие,
- внутриутробная гибель плода или пороки развития плода у беременных женщины и т.д.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки (название прививки) против: туберкулеза, гепатита В, полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори, краснухи, эпидемического паротита (свинка), пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции, гриппа, а также возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, предупрежден(а), претензии к медицинскому персоналу предъявлять не буду.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

**добровольно соглашаюсь на проведение прививки против:**  
туберкулеза, гепатита В, полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори, краснухи, эпидемического паротита (свинка), пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции, гриппа **(нужное подчеркнуть)**

**добровольно отказываюсь от проведения прививки против:**  
туберкулеза, гепатита В, полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори, краснухи, эпидемического паротита (свинка), пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции, гриппа **(нужное подчеркнуть)**

несовершеннолетнему

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

Я, нижеподписавшийся(аяся)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

(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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Заполняется для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.