

Уважаемые Родители!

Прошу согласия на проведение Вашему ребенку.....

вакцинации против

- дифтерии
- столбняка
- коклюша
- полиомиелита

Вышеперечисленные заболевания являются опасными инфекционными заболеваниями с возможными тяжелыми последствиями. Дополнительную информацию можете получить на сайте <https://ta.vaktsineeri.ee/ru/bolezni> в подмену Дифтерия.

На месте укола может появиться небольшое покраснение, и/или болезненность. На место укола можно положить холодный компресс. Возможно кратковременное повышение температуры, головная или мышечная боль. Эти симптомы обычно исчезают в течении 2-3 дней.

В случае возникновения вышеописанных или других реакций после прививки просим сообщить об этом школьной сестре.

Планируемая прививка: ..... ..

Школьная сестра..... Телефон, @-майл

Согласен (имя, подпись родителя ) ..... 20...

**Отказываюсь от вакцинации своего ребенка и подтверждаю свой отказ  
подписью**

(Имя, подпись родителя) ..... 20...

Вы можете в любое время принять решение в пользу вакцинации и сообщить об этом школьной сестре.

Уважаемые Родители!

Прошу согласия на проведение Вашему ребенку.....  
вакцинации против кори-паротита-краснухи.

Вышеперечисленные заболевания являются опасными инфекционными заболеваниями, которые часто вызывают осложнения. Дополнительную информацию можете получить на сайте <https://ta.vaktsineeri.ee/ru/bolezni> в подменю Корь и Эпидемический паротит (свинка).

На месте укола может появиться небольшое покраснение, и/или болезненность. На место укола можно положить холодный компресс. Возможно кратковременное появление сыпи, повышение температуры, головная боль. Эти симптомы обычно исчезают в течении 2-3 дней.

В случае возникновения вышеописанных или других реакций после прививки просим сообщить об этом школьной сестре.

Планируемая прививка: ..... ..

Школьная сестра..... Телефон, @-майл

Согласен (имя, подпись родителя ) ..... 20...

**Отказываюсь от вакцинации своего ребенка и подтверждаю свой отказ  
подписью**

(Имя, подпись родителя) ..... 20...

Вы можете в любое время принять решение в пользу вакцинации и сообщить об этом школьной сестре.

Уважаемые Родители!

Прошу согласия на проведение Вашему ребенку.....  
вакцинации против вирусного гепатита В.

Вирус гепатита В вызывает заболевание печени и легко передается через кровь и при половом контакте.

Вакцинация проводится 3 – кратно: 1-й и 2-й укол с месячным интервалом и 3-й через полгода. Дополнительную информацию можете получить на сайте <https://ta.vaktsineeri.ee/ru/bolezni> в подменю Вирус гепатита В.

На месте укола может появиться небольшое покраснение, и/или болезненность. На место укола можно положить холодный компресс. Возможно кратковременное повышение температуры, головная боль. Эти симптомы обычно исчезают в течении 2-3 дней.

В случае возникновения вышеописанных или других реакций после прививки просим сообщить об этом школьной сестре.

Планируемая прививка: ..... ..

Школьная сестра..... Телефон, @-майл

Согласен (имя, подпись родителя ) ..... 20...

**Отказываюсь от вакцинации своего ребенка и подтверждаю свой отказ  
подписью**

(Имя, подпись родителя) ..... 20...

Вы можете в любое время принять решение в пользу вакцинации и сообщить об этом школьной сестре.

Уважаемые Родители!

Прошу согласия на проведение Вашему ребенку  
..... вакцинации против вируса папилломы  
человека - ВПЧ (англ. *Human Papilloma Virus* - HPV).

ВПЧ передается от человека к человеку при взаимном соприкосновении кожи или  
слизистых оболочек. ВПЧ могут вызывать образование злокачественных опухолей  
в генитальной области (рак шейки матки, влагалища, наружных половых органов и  
заднего прохода), а также в ротовой полости и глотке. Вакцинация состоит из двух  
доз с интервалом 6-13 месяцев между первым и вторым уколом. Бесплатная  
вакцинация проводится девочкам в возрасте 12-14 лет.  
Первая планируемая прививка .....20...

После вакцинации могут возникнуть местные реакции: боль, покраснение и отек в  
месте укола. Для уменьшения этих явлений можно приложить холодный компресс.  
Кроме того, описаны такие побочные действия как: головная боль, боль в мышцах,  
нарушения пищеварения, которые могут сопровождаться тошнотой и рвотой.  
Иногда может возникнуть кожная сыпь и зуд и повышение температуры ( $\geq 38$  °C).  
Большая часть побочных действий протекает легко и проходит через 1-2 дня без  
специального лечения.

В случае возникновения вышеописанных или других реакций после прививки  
просим сообщить об этом школьной сестре.

Дополнительную информацию можете получить на сайте  
<https://ta.vaktsineeri.ee/ru/bolezni/bolezni/vpch>

Планируемая прививка: ..... ..

Школьная сестра..... Телефон, @-майл

Согласен (имя, подпись родителя ) ..... 20...

**Отказываюсь от вакцинации своего ребенка и подтверждаю свой отказ  
подписью**

(Имя, подпись родителя) ..... 20...

(Имя, подпись) ..... 20...

Школьная сестра..... Телефон, @-майл

Если вы впоследствии передумаете и примете решение в пользу вакцинации,  
просим сообщить об этом школьной сестре.