

Заявление об отказе от вакцинации

Имя ребенка:

Личный код ребенка:

Семейный врач моего ребенка рекомендовал ему (имя ребенка выше) следующие вакцины:

Рекомендуемые

Отказываюсь

<input type="radio"/> Вакцина против гепатита В	<input type="radio"/> Вакцина против гепатита В
<input type="radio"/> Вакцина против дифтерии, столбняка, коклюша (DTaP или Tdap)	<input type="radio"/> Вакцина против дифтерии, столбняка, коклюша (DTaP или Tdap)
<input type="radio"/> Вакцина против <i>гемофильной инфекции</i> типа b (Hib)	<input type="radio"/> Вакцина против <i>гемофильной инфекции</i> типа b (Hib)
<input type="radio"/> Вакцина против туберкулеза	<input type="radio"/> Вакцина против туберкулеза
<input type="radio"/> Инактивированная вакцина против полиомиелита (ИПВ)	<input type="radio"/> Инактивированная вакцина против полиомиелита (ИПВ)
<input type="radio"/> Вакцина против кори, краснухи и свинки (MMR)	<input type="radio"/> Вакцина против кори, краснухи и свинки (MMR)
<input type="radio"/> Вакцина против ротавируса	<input type="radio"/> Вакцина против ротавируса
<input type="radio"/> Вакцина против ВПЧ	<input type="radio"/> Вакцина против ВПЧ

У меня была возможность обсудить вакцинацию с семейным врачом моего ребенка, семейной медсестрой или школьным работником здравоохранения, которые ответили на все мои вопросы, связанные с вакцинами.

Подтверждаю следующее:

- работник здравоохранения рекомендовал сделать вакцинацию в соответствии с действующей в Эстонии программой иммунизации, и я понимаю цель и необходимость вакцин, а также связанные с ними риски и преимущества;
- если мой ребенок не будет вакцинирован в соответствии с государственной программой иммунизации, последствиями могут быть:
 - заражение болезнями, которые можно предупредить рекомендуемыми вакцинами, эти вакцины также предотвращают тяжелое течение болезни. Осложнениями этих заболеваний могут быть: различные виды рака, воспаление легких, побочные эффекты, требующие госпитализации, смерть, поражение мозга, паралич, менингит, судороги, потеря слуха и др.
 - передача заболеваний другим людям. Иными словами, отказ от вакцинации ребенка может подвергнуть опасности других людей, кроме него самого;
 - во время вспышек заболевания я буду вынужден забрать ребенка из школы или детского сада;
- если мой ребенок заразится каким-либо заболеванием, я должен обязательно сообщить работнику здравоохранения, что мой ребенок не был вакцинирован в соответствии с государственной программой иммунизации;

Однако, учитывая все вышесказанное, я принял решение в этот раз отказаться от рекомендованных моему ребенку вакцин. Я также знаю, что могу в любое время связаться с работником здравоохранения моего ребенка и изменить свое мнение о вакцинации.

Я подтверждаю, что прочитал настоящий документ от начала до конца и понимаю его.

Имя родителя/опекуна: _____

Дата: _____ Подпись родителя/опекуна: _____

Свидетель:

Дата: _____

У меня была возможность обсудить свое решение не вакцинировать ребенка, и я решил отказаться от рекомендованных вакцин.

Подпись родителя _____ Дата ____