**Положения** **для** **включения** **в** **информированное** **добровольное** **согласие** **(или** **отказ)** **на** **проведение** **профилактических** **прививок** **детям** **для заполнения** **законными** **представителями** **несовершеннолетнего** **в** **медицинских** **организациях,** **оказывающих** **медицинскую** **помощь** **детям** **перед** **вакцинацией** **в** **период** **эпидемии** **COVID-19.**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_родитель

(законный представитель) ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ информирован о том, что

• отсутствуют убедительные научные данные и масштабные, хорошо организованные исследования в отношении нового коронавируса COVID-19, в том числе о путях передачи, возможностях инфицирования и клинических проявлениях;

• в настоящее время, в связи с эпидемией COVID-19, имеется высокий риск инфицирования в местах общественного пользования, в том числе и медицинских организациях;

• в случае возникновения COVID-19 в поствакцинальном периоде риски будут определяться тяжестью течения заболевания;

• заболевание COVID-19 и препараты, применяемые при лечении COVID-19, могут быть причиной неадекватной выработки иммунитета к вакцине;

• имеющиеся на сегодняшний день диагностические тесты не могут свидетельствовать со 100% точностью о факте отсутствия инфицирования/заболевания в момент проведения вакцинации (у детей, родителей и медицинских работников).

Я имел(а) возможность задать любые вопросы о рисках, связанных с вакцинацией в период распространения новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Добровольно соглашаюсь на проведение прививки моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_