



MINISTERO
DELL'INTERNO

ФОРМА ВІДМОВИ ВІД ЩЕПЛЕНЬ

Прізвище та ім'я: _____

Місце та дата народження: _____

Податковий кодекс або НТП: _____

Структура, що приймає: _____

Департамент громадського здоров'я для захисту колективного та індивідуального здоров'я пропонує всім гостям, які проживають у Надзвичайних центрах прийому (CAS), щеплення проти наступних захворювань: дифтерії, правця, коклюшу, кору, паротиту, краснухи, вітрянки, поліомієліту, гепатиту В.

Нижчепідписана особа заявляє:

- що ознайомила/ся з інформаційним матеріалом, який стосується щеплень та хвороб, що підлягають профілактиці;
- мала можливість поставити запитання щодо вакцини (вакцин) та стану мого здоров'я, отримавши вичерпні відповіді, які були мені зрозумілі;
- що усвідомлює переваги та ризики щеплення/щеплень, а також наслідки будь-якої відмови або переривання всього запланованого циклу.

Крім того, я усвідомлюю, що відмова від вакцинації може спричинити поширення захворювань з можливими серйозними наслідками для мого здоров'я та здоров'я близьких (членів сім'ї, інших гостей закладу), заявляю під свою відповідальність, що не хочу проводити наступні щеплення:

- ☐ Щеплення проти дифтерії/правця/коклюшу
- ☐ Щеплення проти кору/паротиту/краснухи
- ☐ Щеплення проти вітряної віспи
- ☐ Щеплення проти гепатиту В
- ☐ Щеплення проти поліомієліту

Окрім того, мене поінформували, що якщо у мене є симптоматика, сумісна з вищезазначеними захворюваннями, я повинна/повинен негайно повідомити про це мого лікаря та контактну особу CAS.

Окрім того, заявляю, що мене поінформовано про можливість змінити свій вибір та провести заплановані щеплення у будь-який час.

Місце та дата

Підпис (прізвище, ім'я)

Підпис медичного працівника
