



# Форма відмови від імунізації дитини в перші місяці життя

04.2023 V1

**Конфіденційність даних: Співробітники HSE дотримуються законів про захист даних (1988–2018), у тому числі GDPR. Інформація, що отримується, вноситься до бази даних вакцинації. Спеціалісти HSE використовують цю інформацію виключно для ідентифікації клієнтів, відстеження ефективності програм вакцинації та надання медичних послуг.**

Ім'я дитини  По батькові  Прізвище

Дата народження дитини:  Стать дитини: Чоловіча  Жіноча

Адреса:

Ім'я та адреса сімейного лікаря:

**Я підтверджую, що наведені нижче факти доведені до мого відома і що я повною мірою розумію їх:**

- Імунізація в перші місяці життя захистить мою дитину від дифтерії, правця, коклюшу, поліомієліту, гемофільної інфекції типу b, гепатиту B, менінгококової інфекції B, пневмококової інфекції, ротавірусної інфекції, менінгококової інфекції C, кору, епідемічного паротиту (свинки) та краснухи.
- Відмова від імунізації в перші місяці життя піддасть мою дитину ризику зараження захворюваннями, захист від яких забезпечується вакцинами.
- Через відмову від імунізації в перші місяці життя моя дитина в майбутньому може заразити цими захворюваннями інших дітей та дорослих, які належать до вразливих груп населення.

**Я відмовляюся від таких вакцин (відмітьте відповідні назви):**

6 в 1  MenB  PCV  Вакцина проти ротавірусної інфекції  MenC  MMR  Hib/MenC

**6 в 1** – вакцина проти дифтерії, правця, коклюшу, поліомієліту, гемофільної інфекції типу b та гепатиту B **MenB** – вакцина проти менінгококової інфекції B **PCV** – кон'югована вакцина проти пневмококової інфекції **MenC** – вакцина проти менінгококової інфекції C **MMR** – вакцина проти кору, епідемічного паротиту (свинки) та краснухи **Hib/MenC** – вакцина проти гемофільної інфекції типу b/менінгококової інфекції C

**Я відмовляюся від вакцинації з таких причин:**

**Я розумію, що моя дитина може пройти вакцинацію пізніше, якщо я згодом поміняю своє рішення.**

**Я прочитав(-ла) і зрозумів(-ла) інформацію, наведену в цій формі відмови, і підтверджую, що маю право діяти від імені зазначеної вище дитини.**

Підпис:  Дата:

Ім'я (друкованими літерами):  Відмітьте: Батько/мати  Законний опікун