

ЧЕЛЯБИНСКИЙ ИНСТИТУТ ПУТЕЙ СООБЩЕНИЯ  
-филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения  
высшего образования  
«Уральский государственный университет путей сообщения»

**П Р И К А З**

«30» сентября 2022 г.

№ 144

О проведении вакцинации  
против гриппа

В соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.07.2022 № 20 "О мероприятиях по профилактике гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в эпидемическом сезоне 2022-2023 годов",

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Заместителям директора (Микрюкова О.В., Аверенкова Н.В., Аверенков И.В., Давыдов А.Н., Родионов М.А.), начальникам отделов (Гуржей С.Ю., Габова Л.И., Губская С.А., Канашова Н.В., Половова Т.Н., Рыбалченко Н.Л.), главному бухгалтеру (Кускильдина О.С.), декану факультета высшего образования (Медведев И.Ф.) оповестить работников о предстоящей вакцинации, получив от них письменное согласие/несогласие (Приложение №1) и передать фельдшеру (Соколовой А.С.) в срок до 10.10.2022 года.

2. Председателям ПЦК (Важенина О.А., Чурбанова Е.В., Порошина И.В., Тебелева Л.В., Зубкова Е.Г., Капкаева Т.Г., Кравченко И.В., Л.В., Мазалова А.Ю., Туринцев В.Ю.) оповестить преподавателей СП СПО о предстоящей вакцинации, получив от них письменное согласие/несогласие (приложение №1) и передать их фельдшеру (Соколовой А.С.) в срок до 10.10.2022 года.

3. Ответственным за работу кафедр (Лоскутова Н.И., Жуковский А.А., Кузнецова Н.В.) оповестить преподавателей факультета высшего образования о предстоящей вакцинации, получив от них письменное согласие/несогласие (Приложение №1) и передать их фельдшеру (Соколовой А.С.) в срок до 10.10.2022 года.

4. Кураторам учебных групп оповестить студентов о предстоящей вакцинации, получить от них и передать фельдшеру (Соколовой А.С.) согласие/несогласие о вакцинировании. (Приложение №1, Приложение №2) в срок до 10.10.2022 года.

5. Ивашиной Т.И. – специалисту по охране труда, Соколовой А.С. – фельдшеру:

– предоставить медицинским работникам ГАУЗ ГKB №2 списки работников и студентов для вакцинации в срок до 12.10.2022 года;

– составить графики и совместно с медицинскими работниками ГАУЗ ГKB №2 организовать проведение в октябре - ноябре 2022 года вакцинацию работников и совершеннолетних студентов ЧИПС УрГУПС против гриппа;

– составить графики и совместно с медицинскими работниками МБУЗ ГKB №7 организовать проведение в октябре - ноябре 2022 года вакцинацию несовершеннолетних студентов ЧИПС УрГУПС против гриппа;

6. Заместителям директора, руководителям центров, начальникам отделов, обеспечить прибытие работников на вакцинацию по графику.

7. Руководителю СП СПО (Харлан В.Б.) и декану факультета ВО (Медведев И.Ф.) обеспечить прибытие на вакцинацию подчиненных работников и студентов.

8. Заместителю директора по УПР (Родионов М.А.) разместить информацию о вакцинировании от гриппа на сайте института.

9. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Директор

К.Ю. Рыбалченко

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ (несогласие)

на проведение вакцинации \_\_\_\_\_, или отказ от нее.

(наименование вакцины)

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) медицинским работником:

а)О том, что профилактическая вакцинация - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

б)О возможных поствакцинальных осложнениях

в)О необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением вакцинации.

г)О выполнении предписаний медицинских работников.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а)

исчерпывающие ответы.

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

добровольно вписать собственноручно(соглашаюсь/отказываюсь) \_\_\_\_\_ от

проведения вакцинации от ГРИППА.

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ (несогласие)

на проведение вакцинации \_\_\_\_\_, или отказ от нее.

(наименование вакцины)

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) медицинским работником:

а)О том, что профилактическая вакцинация - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

б)О возможных поствакцинальных осложнениях

в)О необходимости обязательного медицинского осмотра перед проведением вакцинации.

г)О выполнении предписаний медицинских работников.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а)

исчерпывающие ответы.

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

добровольно вписать собственноручно(соглашаюсь/отказываюсь) \_\_\_\_\_ от

проведения вакцинации от ГРИППА.

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет,  
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет

\_\_\_\_\_ года рождения,  
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,  
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет) настоящим подтверждаю то, что  
проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование, который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" <1> отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок" <2>).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 38, ст. 4736; 2000, N 33, ст. 3348; 2003, N 2, ст. 167; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1 (ч. I), ст. 25; 2006, N 27, ст. 2879; 2007, N 43, ст. 5084; N 49, ст. 6070; 2008, N 30 (ч. II), ст. 361; N 52 (ч. I), ст. 6236; 2009, N 1, ст. 21. <2> Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 29, ст. 3766.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки ОТ  
ГРИППА

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и: добровольно соглашаюсь на проведение прививки <3> «УЛЬТРИКС – КВАДРИ»

(добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_)  
(название прививки)

несовершеннолетнему \_\_\_\_\_,  
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения  
несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего  
больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся (аяся) <4> \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного  
представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет,  
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до  
16 лет) / несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,  
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте  
старше 16 лет)

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Брач \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата \_\_\_\_\_

<3> Нужно подчеркнуть.

<4> Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.