**OŚWIADCZENIE WS. ŚWIADOMEJ ZGODY NA SZCZEPIENIA**

Imię i nazwisko rodziców …………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko pacjenta ………………………………………..PESEL………..…………....... WIEK……….

Adres …………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Rodzaj szczepienia** | **Przeciwwskazania przewidziane przez producenta** |
|  |  |  |
| OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW  Niniejszym celem wykonania nałożonego obowiązku poddania naszego dziecka wyżej wymienionym obowiązkowym szczepieniom ochronnym wnoszę o przeprowadzenie przez lekarza badania kwalifikującego naszego dziecka do szczepień ochronnych.  Wnoszę o udostępnienie badań bezpieczeństwa szczepionek, które mają być podane naszemu dziecku lub wskazanie, która instytucja nami je udostępni – osobno dla każdej szczepionki oraz całego schematu szczepień, które nasze dziecko ma otrzymać.  Wnoszę o udostępnienie charakterystyk produktu leczniczego szczepionek, które mają być podane naszemu dziecku.  Wnoszę o udostępnienie szczepionek pojedynczych, nie zawierających związków glinu i rtęci, zanieczyszczeń fizycznych i biologicznych, oraz szczepionek etycznych (nie produkowanych w oparciu o ludzkie linie komórkowe z aborcji i nie zawierających ludzkiego DNA).  Wnoszę o przeprowadzenie wszelkich badań, na podstawie których można wykluczyć u naszego dziecka przeciwwskazania do podania poszczególnych szczepionek, w tym wymienionych przez producentów w treści ulotek, którymi ma być zaszczepione nasze dziecko, wykluczenie alergii na składniki szczepionki oraz wykluczenie niedoborów odporności.  Szczegółowe badania są konieczne szczególnie z uwagi na fakt, że w Polsce nie stworzono systemu odszkodowawczego dla dzieci i rodziców dotkniętych powikłaniami poszczepiennymi, co narusza art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. A to wszystko celem zminimalizowania ryzyka wystąpienia u niego niepożądanych objawów po szczepieniu i wykonania przez lekarza ciążącego na nim obowiązku.  Ponadto wnoszę o wystawienie przez lekarza kwalifikującego do szczepienia, zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym zgodnego ze wzorem, stanowiącym załącznik numer 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych z dnia 18 sierpnia 2011 r., do którego załącznikiem będą wyniki badań przeprowadzonych w celu wykluczenia przeciwwskazań do podania szczepionek. | | |

**Podstawa prawna**

Zgodnie z art. 17 ust. 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym przeprowadzonym w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia. Po przeprowadzeniu takiego badania lekarz ma obowiązek wydania zaświadczenia ze wskazaniem daty i godziny przeprowadzonego badania. Przedmiotowe zaświadczenie musi być zgodne z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (§ 7 pkt 4 tegoż rozporządzenia). W trakcie badania kwalifikacyjnego lekarz ma obowiązek wykluczyć istnienie wszystkich przeciwwskazań do podania szczepionki, w tym również przeciwwskazań podanych przez producenta w treści ulotki.

Art. 17 ust. 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi „Wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego”.

Art. 16 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta: „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.”

Art. 39 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: „Nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody.”

PODPISY RODZICÓW: ………………………………………………………………………….

DATA …………………………

Załączniki:

1. Wzór zaświadczenia o przeprowadzonym badaniu kwalifikacyjnym.
2. Wniosek o zgłoszenie NOP przez lekarza (jeśli NOP wystąpił).