**Formular de refuzare a vaccinării**

Numele copilului: CNP copil

Numele părintelui/tutorelui:

Furnizorul meu de servicii medicale mi-a recomandaturmătoarele vaccinuri pentru copilul meu (numit mai sus):

|  |  |
| --- | --- |
| Vaccin contra hepatitei B | 􀁆 |
| Vaccin contra difteriei, tetanosului, tusei convulsive acelulare (DTaP sau Tdap) | 􀁆 |
| Vaccin contra difteriei si tetanosului diphtheria tetanus (DT sau Td) | 􀁆 |
| Vaccin contra *Haemophilus influenza* tip b (Hib) | 􀁆 |
| Vaccin pneumococic conjugat polizaharidic | 􀁆 |
| Vaccin antipoliomielitic (IPV) inactivat | 􀁆 |
| Vaccin anti-rujeola, oreion, rubeola (ROR) | 􀁆 |
| Vaccin impotriva varicelei | 􀁆 |
| Vaccin antigripal | 􀁆 |
| Vaccin meningococic conjugat polizaharidic | 􀁆 |
| Vaccin contra hepatitei A | 􀁆 |
| Vaccin antirotavirus | 􀁆 |
| Vaccin anti HPV | 􀁆 |
| Altele | 􀁆 |

Am avut ocazia să discut cu medicul sau asistenta copilului meu, care mi-a răspuns la toate intrebările legate de vaccinul(vaccinurile) recomandat/e. Ințeleg:

• Scopul si necesitatea vaccinului(vaccinurilor) recomandate

• Riscurile si beneficiile vaccinului(vaccinurilor) recomandate

• Că in cazul in care copilul meu nu primeste vaccinul/vaccinurile recomandate conform schemei naționale de vaccinare, consecințele pot include:

− Contractarea bolii pe care vaccinul o poate preveni (urmările acestor boli pot include una sau multe din următoarele afecțiuni: anumite tipuri de cancer,

pneumonie, boli care necesită spitalizare, deces, leziuni cerebrale, paralizie, meningită, convulsii si surditate. Aceste boli care pot fi prevenite prin vaccinare pot avea si alte efecte severe si permanente.)

− Transmiterea bolii către alte persoane

− Copilului meu i se poate cere să nu vină la scoală sau la grădiniță in timpul epidemiilor

• Medicul de familie de care aparține copilul meu, ministerul/autoritatea sanitară națională si Centrul European de Prevenire si Control al Bolilor recomandă ca vaccinurile să fie administrate conform instrucțiunilor.

Cu toate acestea, am decis ca in acest moment să refuz sau să aman vaccinul/vaccinurile recomandate pentru copilul meu conform indicațiilor de mai sus. Cunosc faptul că nerespectarea recomandărilor privind vaccinarea poate pune in pericol sănătatea sau viața copilului meu sau a altor persoane cu care copilul meu ar putea veni in contact.

Stiu că pot relua oricand discuția despre acest subiect cu medicul meu si că mă pot răzgandi si accepta vaccinarea copilului meu oricand in viitor. Declar că am citit si am ințeles prezentul document in intregime.

Semnătura părintelui/tutorelui

Martor

Data

Am avut ocazia de a rediscuta decizia de a refuza vaccinarea copilului meu si imi mențin refuzul de a efectua imunizările recomandate.

Semnătura .......................................................... Data ....................................

Semnătura .......................................................... Data ....................................