

Очільнику установи (директору, головному лікарю, головнокомандуючому тощо)

(Назва установи)

(Адреса установи)

(ПІБ очільника)

(ПІБ заявника)

яка(-ий) проживає за адресою:

(індекс, місто, вулиця)

ЗАЯВА

про відмову від ризикованого медичного втручання

У зв'язку з постійним тиском за місцем моєї роботи щодо необхідності термінового проведення щеплення від коронавірусної інфекції SARS-COV-2, та погрозами звільнення мене з займаної посади у разі відмови від проходження вакцинації, роз'яснюю наступне:

Вакцинація (щеплення, імунізація) – створення штучного імунітету в людини до певних видів інфекційних хвороб шляхом введення вакцини, анатоксину чи імуноглобуліну. Жодна вакцина не є абсолютно безпечною і не гарантує стовідсоткового захисту від інфекцій усім вакцинованим людям. У деяких випадках після проведення щеплення можуть виникати післявакцинальні реакції та ускладнення. Повнолітнім особам профілактичні щеплення проводяться за їх згодою.

У відповідності до ст. 3 Конституції України людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави.

Статтею 28 Конституції України визначено, що жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідям. Згідно статті 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Згода пацієнта чи його законного представника на медичне втручання не потрібна лише у разі наявності ознак прямої загрози життю пацієнта за умови неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта чи його законних представників.

Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання — засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків.

Пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування.

Статтею 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» визначено, що профілактичні щеплення проводяться після медичного огляду особи в разі відсутності у неї відповідних медичних протипоказань. Повнолітнім дієздатним громадянам профілактичні щеплення проводяться за їх згодою після надання об'єктивної інформації про щеплення, наслідки відмови від них та можливі поствакцинальні ускладнення.

Зважаючи на вищевикладене, повідомляю, що, користуючись правом, яке належить мені як людині і зафіксоване в Конституції України (ст. 3, 28), Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» ст. 43, Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб» ст. 12, Цивільному кодексі України ст. 281 (3), **ВІДМОВЛЯЮСЬ ВІД ЩЕПЛЕННЯ** від коронавірусної інфекції SARS-COV-2.

Право на відмову від ризикованого медичного втручання закріплено законодавством України і не передбачає жодних санкцій для особи, яка цим правом користується. Нагадую також, що згідно ст. 39-1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», **ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ** передавати медичні дані людини без її згоди до місця її праці або навчання.

Одночасно повідомляю, що у разі продовження незаконного тиску на мене, та примушування мене до проведення щеплення від коронавірусної інфекції SARS-COV-2 буду змушена(-ий) звернутися до відповідних правоохоронних органів та суду за захистом своїх прав.

При цьому, повідомляю, що готова переглянути свою позицію щодо проведення щеплення від коронавірусної інфекції SARS-COV-2 у разі:

1. Надання наступної інформації:

- Оригінал Сертифікату якості препарату (з мокрою печаткою і підписом (не ксерокопію!));
- Відомості про виробника препарату та установи/юридичної особи, яка ввезла та продає даний препарат на території України:
 - а) виписка з ЄДР;
 - б) діючі ліцензії установи/юридичної особи в Україні;
 - в) дозвільні документи, акредитації установи/юридичної особи в Україні;
- Сертифікати випробувань препарату з мокрою печаткою і підписом (не ксерокопію!);
- Перелік побічних дій конкретного препарату з мокрою печаткою і підписом (не ксерокопію!);
- Офіційний документ про страхове покриття при виникненні небажаних наслідків для здоров'я пацієнта у разі побічних дій з мокрою печаткою і підписом(не ксерокопію!);
- Документи особи, яка робить щеплення:
 - а) про навчання/мед. диплом;
 - б) атестацію;
 - в) допуск до роботи.
 - г) медична книжка,
 - г) сертифікат або довідка про відсутність COVID-19.

2. Забезпечення державою проведення мого комплексного медичного обстеження, з метою встановлення наявності чи відсутності протипоказань до щеплення;

3. Забезпечення надання державою письмових гарантій, що після проведення щеплення від коронавірусної інфекції SARS-COV-2 в мене не буде побічних реакцій мого організму, що призведуть до втрати працездатності, інвалідності чи смерті;

4. Забезпечення державою мого страхування на випадок побічних реакцій мого організму, що призведуть до втрати працездатності, інвалідності чи смерті під час та після щеплення від коронавірусної інфекції SARS-COV-2 з сумою страхової виплати не менше 10 000 000, 00 (десяти мільйонів) гривень.

(Дата)

(Підпис)

(ПІБ)