

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ КОЖНЫХ ПРОБ  
(ДИАСКИНТЕСТ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ИЛИ ОТКАЗ ОТ НИХ  
(заполняется родителями)**

Я \_\_\_\_\_ Пушкин Сергей Львович \_\_\_\_\_

паспорт: серия 6512 № 979695, выдан: \_\_\_\_\_ Отделом УФМС России по Свердловской обл.  
в Кировском р-не г. Екатеринбург

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) Пушкина Александра Сергеевича, 2003 г., Свердловская обл., г. Екатеринбург ул. Данилы Зверева, д. 30, кв. 126  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего - полностью, год рождения, адрес проживания)

настоящим подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что:  
В соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения:  
- ежегодная постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППД -Л, начиная с 12 -месячного возраста, является обязательным и основным методом для раннего выявления туберкулеза у детей. Для пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л применяют раствор очищенного туберкулина в стандартном разведении, который при внутрикожном введении вызывает местную иммунную реакцию; - для повышения качества диагностики туберкулеза проводится постановка кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест). Диаскинтест представляет собой рекомбинантный белок, который при внутрикожном введении вызывает у лиц с туберкулезной инфекцией специфическую кожную реакцию.  
Мне понятен смысл и цели проведения кожных проб для диагностики туберкулеза.

К моменту проведения проб у лица, мной представляемого, нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, слабости и др.), кожных заболеваний, аллергических состояний. Мне ясно, и я принимаю тот факт, что после проведения проб могут наблюдаться местные реакции (покраснение, уплотнение кожи) и иногда кратковременные общие реакции (недомогание, головная боль, повышение температуры). Я поставил (а) в известность медицинского работника о наличии реакций предшествующие пробы у лица, мной представляемого.

Я предупрежден (а) о том, что:  
- в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения, что здоровым детям все профилактические прививки можно производить непосредственно после оценки результатов пробы Манту; - статьей 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (ред. от 31.12.2014) при отсутствии профилактических прививок предусмотрен временный отказ в приеме ребенка в дошкольное, образовательное, оздоровительное учреждение в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; - отказ от прививок, а также диагностических проб, может повлечь за собой серьезную опасность для здоровья ребенка и нарушает его право на жизнь и здоровье, провозглашенные Конституцией Российской Федерации, Конвенцией о правах ребенка (1989 г.), Оттавской Декларацией о праве ребенка на здоровье (1998 г.).

Я ознакомлен (а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

*Добровольно соглашаюсь на проведение Диаскинтеста  
и прошу персонал медицинского учреждения о ее постановке.*

*Добровольно отказываюсь от проведения Диаскинтеста (подчеркнуть нужное).*

Пушкин Александр Сергеевич  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего гражданина)

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_ Подпись

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.) (подпись)

Телефон обучающегося: +7 999 123-45-67

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ КОЖНЫХ ПРОБ  
(ДИАСКИНТЕСТ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ИЛИ ОТКАЗ ОТ НИХ  
(заполняется родителями)**

Я \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего - полностью, год рождения, адрес проживания)

настоящим подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что:  
В соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения:  
- ежегодная постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППД -Л, начиная с 12 -месячного возраста, является обязательным и основным методом для раннего выявления туберкулеза у детей. Для пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л применяют раствор очищенного туберкулина в стандартном разведении, который при внутрикожном введении вызывает местную иммунную реакцию; - для повышения качества диагностики туберкулеза проводится постановка кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест). Диаскинтест представляет собой рекомбинантный белок, который при внутрикожном введении вызывает у лиц с туберкулезной инфекцией специфическую кожную реакцию.  
Мне понятен смысл и цели проведения кожных проб для диагностики туберкулеза.

К моменту проведения проб у лица, мной представляемого, нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, слабости и др.), кожных заболеваний, аллергических состояний. Мне ясно, и я принимаю тот факт, что после проведения проб могут наблюдаться местные реакции (покраснение, уплотнение кожи) и иногда кратковременные общие реакции (недомогание, головная боль, повышение температуры). Я поставил (а) в известность медицинского работника о наличии реакций предшествующие пробы у лица, мной представляемого.

Я предупрежден (а) о том, что:  
- в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения, что здоровым детям все профилактические прививки можно производить непосредственно после оценки результатов пробы Манту; - статьей 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (ред. от 31.12.2014) при отсутствии профилактических прививок предусмотрен временный отказ в приеме ребенка в дошкольное, образовательное, оздоровительное учреждение в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; - отказ от прививок, а также диагностических проб, может повлечь за собой серьезную опасность для здоровья ребенка и нарушает его право на жизнь и здоровье, провозглашенные Конституцией Российской Федерации, Конвенцией о правах ребенка (1989 г.), Оттавской Декларацией о праве ребенка на здоровье (1998 г.).

Я ознакомлен (а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

*Добровольно соглашаюсь на проведение Диаскинтеста  
и прошу персонал медицинского учреждения о ее постановке.*

*Добровольно отказываюсь от проведения Диаскинтеста (подчеркнуть нужное).*

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего гражданина)

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.) (подпись)

Телефон обучающегося: \_\_\_\_\_